



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA**

**CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:** um  
estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba

Linha de Pesquisa 1 – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Monique Citadino

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marlene Helena de O. França

**João Pessoa - PB  
Março – 2021**

**CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba**

**SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Área de concentração em Políticas Públicas e Direitos Humanos.

Linha de Pesquisa 1 – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Monique Citadino

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marlene Helena de O. França

**João Pessoa - PB  
Março - 2021**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S586c Silva, Segislane Moésia Pereira da.

Contrarreforma do estado e a política de saúde mental :  
um estudo nos centros de atenção psicossocial  
infantojuvenis no Estado da Paraíba / Segislane Moésia  
Pereira da Silva. - João Pessoa, 2021.  
169 f. : il.

Orientação: Monique Citadino.

Coorientação: Marlene Helena de Oliveira França.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCJ.

1. Direitos humanos. 2. Neoliberalismo. 3. Saúde mental  
infantojuvenil. 4. CAPSi na Paraíba. 5. Contrarreforma  
do Estado. I. Citadino, Monique. II. França, Marlene  
Helena de Oliveira. III. Título.

UFPB/CCJ

CDU 342.7(043)

**CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba**

**SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA**

Trabalho aprovado em: 30 / 03 / 2021

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Monique Cittadino (Orientadora PPGDH/UFPB)

*Monique Franca*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marlene Helena de Oliveira França (Coorientadora PPGDH/UFPB)

*Marlene Franca*

---

Prof. Dr. Nelson Gomes de Sant'Ana e Silva Junior (Examinador interno UFPB)

*Nelson Gomes de Sant'Ana e Silva Junior*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Helmara Giccelli Formiga Wanderley (Examinador Externo UFCG)

João Pessoa - PB  
Março - 2021

*A todos e todas que acreditam e lutam por uma  
forma de sociedade sem dominação de classe,  
gênero e etnia.*

*À memória de minha avó Francisca Cazé.  
Com todo meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

É de suma relevância considerar que uma Dissertação não é fruto de rápidas reflexões. Este fruto, na verdade, é resultado do esforço contínuo do período que passei no Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB, e além de um requisito para obtenção do título de Mestra, significa a superação de inúmeros obstáculos, sendo impossível negar que neste caminho percorrido sempre fui muito bem acompanhada. E a quem colaborou com essa trajetória, agradeço profundamente.

A Deus, pois nada é possível sem Ele.

A mim mesma, por cada vez que não me deixei abater, que sequei as lágrimas e continuei, continuei com a fé de atingir meus objetivos mesmo diante de toda a adversidade.

À minha família, minha mãe Maria das Graças, meu pai Mário Sérgio e meu irmão Mário Miquéias, que sempre acreditam e vibram por cada conquista minha.

À memória de minhas avós Isaltina Pereira e Francisca Cazé. E meus avôs Expedito Pereira e Absolão Tito.

A meu amado, Gustavo Serafim, pelo companheirismo, colo nos momentos de angústia e durante minhas crises de ansiedade e, especialmente, por ser meu melhor amigo e maior motivador. Amo você!

Às minhas amigas Ellyelma, Rayane, Samyle, Fabiana e Rejane, que sempre são meu porto.

Aos amigos que ganhei durante o mestrado e que carregarei para sempre em meu coração: Bruno, Valnise, Louise e Thays.

Aos anjos que me acolheram em João Pessoa, Dany, Lala, Val, Samy, Regis, Alana. Serei eternamente grata!

À Profª. Cibelly Michalany (UFCEG), que desde antes da seleção do mestrado acreditou em mim e no meu projeto e, além disso, sempre foi fonte de inspiração como profissional e mulher.

À Marlene, que além de Profª no mestrado, coorientadora e companheira na produção acadêmica (meu primeiro A1, inesquecível na Katálysis), se tornou uma grande amiga, uma mãe. Mar, você foi mais do que fundamental para que eu chegasse aqui. Te adoro!

À minha orientadora, Profª. Monique, que teve que me suportar durante toda a construção deste nosso estudo. Sem dúvidas, foram dela que vieram as maiores contribuições para este trabalho. Obrigada, profª. Monique!

Aos integrantes da banca: profª Helmara Wanderley, que me acompanha nessa estrada acadêmica desde minha graduação e é uma grande fonte de inspiração, e profª Nelson Jr, ser humano de sensibilidade ímpar e inesgotável fonte de conhecimento. Obrigada pelas enormes contribuições para esta pesquisa.

Aos trabalhadores e trabalhadoras do PPGDH-UFPB.

À todas as crianças e adolescentes que necessitam do fortalecimento da política de saúde mental.

Às famílias e cuidadores/as das crianças e adolescentes usuárias da política saúde mental.

Aos profissionais participantes deste estudo, que além de serem protagonistas nessa luta cotidiana, me acolheram com tanto carinho e me confiaram suas angústias, alegrias e esperanças.

Por fim, a todos que torcem por mim.

## RESUMO

As instituições públicas de saúde e saúde mental representam um campo fértil permeado por conflitos que vem se tornando forte objeto de lucratividade para o capital. O contexto brasileiro nas últimas décadas é marcado por um processo de contrarreforma em que o próprio Estado é o principal instrumento capitalista de desmonte dos avanços alcançados desde as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, propostas ainda na década de 1970, que culminaram na consolidação do SUS diante de uma perspectiva da saúde como um direito universal e dos ideais da luta antimanicomial. Isso se dá, pois, desde a chegada do ideário neoliberal em solo brasileiro, perpassando as especificidades dos governos de FHC, Lula e Dilma, Temer e, atualmente o governo Bolsonaro, vêm sendo orquestradas sucessivas tentativas de enxugamento do Estado e fortalecimento do setor privado, ora de forma mais evidente, ora não, a depender das particularidades de cada governo. Considerando esse cenário adverso, o presente estudo tem como objetivo principal analisar e apresentar apontamentos acerca das condições de garantia de efetivação da oferta da Política de Saúde Mental no estado da Paraíba no tocante ao atendimento dos CAPSi. O percurso metodológico trilhado, na busca pela compreensão desta problemática, deu-se, a priori, a partir de uma revisão da literatura em que resgatamos como se configurou a chegada do ideário neoliberal no país, assim como se deu sua gestão pelos governos que se sucederam desde meados da década de 1990 até o presente momento, enfatizando suas inflexões na política de saúde e saúde mental. Por meio do referencial teórico do materialismo histórico dialético, respaldado na pesquisa qualitativa, como forma de valorização dos aspectos objetivos e subjetivos, foi realizado um estudo com 09 profissionais atuantes em 03 CAPSi do estado da Paraíba. O material empírico foi produzido com base nos questionários e nas entrevistas semiestruturadas conduzidas no período entre os meses de agosto e outubro de 2020. A análise do material fundamentou-se na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que resultou em duas unidades temáticas: 1) as condições objetivas de implantação da política de saúde mental, que implicam no financiamento, estrutura e nas equipes multiprofissionais dos CAPSi e; 2) as condições subjetivas, que incluem os resultados das condições de trabalho, as angústias e incertezas decorrentes do contexto de pandemia, da relação entre saúde mental e direitos humanos e da identificação de quem são esses usuários e familiares de forma interseccional. Este estudo possibilitou uma compreensão acerca dos avanços, limites e possibilidades através dos CAPSi em direção à consolidação da Reforma Psiquiátrica no que tange a desinstitucionalização e superação do modelo biomédico. Entretanto, os resultados nos permitiram identificar inúmeros desafios e fragilidades que se fazem presentes por meio da precarização desses Centros, das condições de trabalho da equipe técnica, das relações profissionais e das instituições frente à saúde mental e os direitos humanos e, em especial, um olhar além de crítico, sensível, diante de quem são essas crianças e adolescentes e também seus familiares/cuidadores/as nessa nossa sociedade capitalista neoliberal, patriarcal e racista.

**Palavras-chave:** Contrarreforma do Estado. Neoliberalismo. Saúde Mental Infantojuvenil. CAPSi na Paraíba.

## ABSTRACT

Public health and mental health institutions represent a fertile field marked by conflicts that have become a strong object of profitability for the capital. The Brazilian context in recent decades is marked by a counter-reform process in which the State itself is the main capitalist instrument for dismantling the advances achieved since the Sanitary and Psychiatric Reforms, proposed in the 1970s, which culminated in the consolidation of SUS in the face of a perspective of health as a universal right and the ideals of the anti-asylum struggle. This occurs, therefore, since the arrival of the neoliberal ideology on Brazilian soil, passing through the specificities of the governments of FHC, Lula, Dilma, and Temer. Currently, in Bolsonaro's government, successive attempts to reduce the State and strengthen the private sector have been orchestrated, sometimes more clearly than others, depending on the particularities of each government. Considering this adverse scenario, the present study has as main objective the analysis and about the conditions to guarantee the effectiveness of the offer of the Mental Health Policy in the state of Paraíba regarding the care of CAPSi. The methodological path followed, in the search for understanding this problem, took place, at first, from a literature review, in which we recall how the arrival of the neoliberal ideology in the country was configured, and also how it was managed by the governments that have followed from the mid-1990s to the present, emphasizing their inflections in health and mental health policies. Through the theoretical framework of dialectical historical materialism, supported by qualitative research, as a way of valuing objective and subjective aspects, a study was carried out with 9 professionals working in 3 CAPSi in the state of Paraíba. The empirical material was produced based on questionnaires and semi-structured interviews conducted in the period between August and October of 2020. The analysis of the material was based on the Content Analysis technique proposed by Bardin, which resulted in two thematic units: 1) the objective conditions for the implementation of the mental health policy, which imply the financing, structuring and multidisciplinary teams of CAPSi; and 2) subjective conditions, which include the results of working conditions, the anguish and uncertainties arising from the context of the pandemic, the relationship between mental health and human rights and the identification of who these users and family members are in an intersectional way. This study enabled an understanding about the advances, limits and possibilities through the CAPSi towards the consolidation of the Psychiatric Reform with regard to the deinstitutionalization and overcoming the biomedical model. However, the results allowed us to identify numerous challenges and weaknesses that are present through the precariousness of these Centers, the working conditions of the technical team, professional relationships and institutions before mental health and human rights and, in particular, a perspective beyond the critical, sensitive look, towards who these children and adolescents are and also their family members and caregivers in our neoliberal, patriarchal and racist capitalist society.

Keywords: State counter-reform. Neoliberalism. Child and Adolescent Mental Health. CAPSi in Paraíba.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AID – Associação Internacional de Desenvolvimento

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento

CFI – Corporação Financeira Internacional

CIAD – Centro Internacional para a Arbitragem de Disputas sobre Investimentos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário internacional

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MIGA – Grupo do Banco Mundial

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSs – Organizações Sociais

PIB – Produto Interno Bruto

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PPPs – Parcerias Público Privadas

PT- Partido dos Trabalhadores

RCB – Receita Corrente Bruta RM

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> - Caracterização das formas de propriedade segundo o PDRE.....	41
<b>Quadro 02</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo de FHC.....	45
<b>Quadro 03</b> - Síntese do contexto Econômico e Político do governo Lula (1º mandato).....	50
<b>Quadro 04</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo Lula 1º mandato.....	51
<b>Quadro 05</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo Lula 2º mandato.....	54
<b>Quadro 06</b> - Síntese do contexto Econômico e Político do governo Lula (2º mandato).....	55
<b>Quadro 07</b> - Síntese do contexto Econômico e Político do governo Dilma .....	60
<b>Quadro 08</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo Dilma.....	61
<b>Quadro 09</b> - Síntese do contexto Econômico e Político do governo Temer.....	66
<b>Quadro 10</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo Temer.....	67
<b>Quadro 11</b> - Síntese do contexto Econômico e Político do governo Bolsonaro.....	72
<b>Quadro 12</b> - Processo político e a agenda da saúde no governo Bolsonaro.....	72
<b>Quadro 13</b> - CAPSi onde foi realizada a pesquisa.....	77
<b>Quadro 14</b> - Abertura de instituições de saúde mental na Paraíba entre 1963 e 1994....	85
<b>Quadro 15</b> - Organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	89
<b>Quadro 16</b> - Organização das modalidades de CAPS.....	90
<b>Quadro 17</b> - Distribuição de CAPSi por município na Paraíba.....	92

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Equipe Técnica CAPSi Maria de Fátima Lima (Patos).....	107
<b>Tabela 02</b> - Equipe Técnica CAPSi Viva Gente (Campina Grande).....	108
<b>Tabela 03</b> - Equipe Técnica CAPSi Cirandar (João Pessoa).....	108
<b>Tabela 04</b> - Equipe Técnica CAPSis - Regime de Vínculo Empregatício.....	116

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> - Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicosocial entre dez/2002 a dez/2014.....	95
---	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b> - CEREST – local onde se encontra situado o atendimento do CAPSi Maria de Fátima Lima – Patos.....	78
<b>Figura 02</b> - CAPSi Viva Gente – Campina Grande.....	78
<b>Figura 03</b> - CAPSi Cirandar – João Pessoa.....	79
<b>Figura 04</b> - Crianças no Hospital Colônia de Barbacena (01).....	125
<b>Figura 05</b> - Publicação de Carlos Eduardo Bolsonaro, filho de Jair Bolsonaro, acerca dos Direitos Humanos em 04/11/2017.....	127
<b>Figura 06</b> - Crianças no Hospital Colônia de Barbacena (02).....	133

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
 <b>PARTE I: MARCO TEÓRICO – Um nado contra a corrente?</b>	
<b>1. CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE DE CONJUNTURAS.....</b>	<b>20</b>
1.1 Crise estrutural do capital, consolidação do ideário neoliberal e a contrarreforma do Estado.....	21
1.2 Política de Saúde e Saúde Mental no contexto de contrarreforma.....	32
1.2.1 Governo FHC (1995-2003).....	37
1.2.2 Governos Lula (2003-2010).....	46
1.2.3 Dilma (2011-2016).....	55
1.2.4 Governo Temer (2016-2018).....	62
1.2.5 Governo Bolsonaro (2019-2020).....	67
 <b>PARTE II: ESTUDO EMPIRÍCO – Entrelaçando fios</b>	
<b>2. “TRABALHANDO COM O MÍNIMO DO MÍNIMO”: A DIMENSÃO OBJETIVA DA PESQUISA.....</b>	<b>75</b>
2.1 Percurso metodológico e desafios da pesquisa.....	75
2.2 Desenvolvimento da Saúde Mental na Paraíba: Lei 10.216/2001 e os CAPSi.....	82
2.3 Condições objetivas de funcionamento dos CAPSi.....	93
2.3.1 Financiamento e Recursos.....	94
2.3.2 Estrutura e característica física dos CAPSi.....	100
2.3.3 Equipes multiprofissionais.....	106
 <b>3. “VIVEMOS TROCANDO ANGÚSTIAS NOS CORREDORES”: A DIMENSÃO SUBJETIVA DA PESQUISA.....</b>	<b>112</b>
3.1 Trabalho profissional.....	113
3.1.1 Condições de trabalho dos profissionais dos CAPSi.....	115
3.1.2 Pandemia de Covid-19: desafios e angústias vigentes.....	119
3.2 Saúde Mental e Direitos Humanos.....	123

3.2.1 Direitos Humanos e a relação com a saúde mental para os profissionais.....	128
3.3 Usuários e familiares: quem são eles/as?.....	132
3.3.1 Gênero, Classe e Raça: um apontamento necessário .....	134
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>167</b>

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde e saúde mental, consolidadas e implantadas a partir da década de 1990 no Brasil, passam por um dos períodos mais delicados e desafiantes de sua existência, e vivem permeadas por disputas político corporativistas e por interesses da classe dominante que impossibilitam sua materialização como previsto na Constituição Federal de 1988. Em meio a esse contexto adverso, em paralelo a implantação de um sistema universal de saúde, vem se gestando um processo de contrarreforma do Estado permeado pelo conservadorismo que abre caminhos para o desmonte de tal política, e com isso, inúmeros são os desafios impostos à garantia desse direito humano fundamental.

Foucault (2012), já havia denunciado que o tratamento e as relações estabelecidas com pessoas com problemas de saúde mental - os loucos (as) - foram inúmeras vezes conflituosas e polêmicas, marcadas pela exclusão e cerceamento de direitos. Além disso, a saúde mental infantojuvenil brasileira, como afirma Delgado (2011), possui singularidades e teve seu debate trazido à tona tardiamente se comparado à população adulta. Contrapondo-se a isso, nas últimas décadas, movimentos como o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica brasileira vêm lutando pela garantia de direitos e inclusão social desses sujeitos através de um modelo de atenção e um sistema de saúde universal e integral, que se estrutura a partir de inúmeros aparatos normativos, como por exemplo, a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial em substituição ao modelo biomédico e manicomial, especialmente no campo da saúde mental para crianças e adolescentes.

Todavia, o Estado brasileiro, ao se tornar o principal responsável pela garantia desse direito, diante dos inúmeros conflitos de classes, se adapta aos moldes dos ideais neoliberais disseminados pelos economistas da Escola de Chicago por volta da década de 1970 e chegados ao Brasil em meados da década de 1990, o que vem resultando em inflexões na implantação e efetivação das políticas públicas responsáveis por essa oferta. Isso porque, há em evidência dois projetos antagônicos em disputa, o dos movimentos reformistas que prezam por uma saúde pública e universal, e o movimento das classes dominantes em defesa dos ideais privatistas.

Em meio a esse contexto adverso, vivemos um paradoxo. No mesmo instante em que temos garantido constitucionalmente um direito com a implantação de medidas e ações que visam assegurá-lo, em paralelo, vivemos a tentativa cotidiana de seu desmonte através da

precarização, desfinanciamento, terceirização. Seria um nado contra a maré? Diante das contradições alocadas entre a normatividade brasileira que expressa assegurar um sistema público e universal de saúde e, ao mesmo tempo, as ofensivas de privatização e depreciação desse sistema, algumas indagações surgem e são relevantes para nosso estudo, a saber: Afinal, como se deu a condução do sistema de saúde público brasileiro diante da gestão dos diversos governos ao longo dessas últimas duas décadas em que vivemos paralelamente um processo de contrarreforma? Os CAPSi, na condição de mecanismos de superação do modelo hospitalocêntrico, consegue de fato materializar uma política efetiva para a garantia do direito humano, especialmente no estado da Paraíba, mesmo diante dessa conjuntura contrarreformista? Quem faz essa política acontecer? Quem resiste? Quais os desafios e angústias diante de uma conjuntura ainda mais sensível agravada pela pandemia de Covid-19 que assola o mundo e finda numa crise sanitária sem precedentes? Qual o lugar dos direitos humanos nesse tocante? E quem, afinal, são esses usuários dessa política?

É a partir dessas indagações que o presente estudo se estrutura com a finalidade de apresentar uma análise crítica dos elementos que constituíram o processo de contrarreforma do Estado no Brasil desde a década de 1990 e que vem configurando um forte inimigo da consolidação do direito humano à saúde e saúde mental, notadamente, no Estado da Paraíba..

Cabe citar que a relação da autora com o tema perpassa os muros da graduação em Serviço Social pela UFCG (2017) e chega ao mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB (atual) com a intensão de aprofundar o debate acadêmico acerca da Política de Saúde Mental Infantojuvenil como um instrumento para a garantia do direito humano fundamental de crianças e adolescentes que, especialmente em nossa atual conjuntura, se encontra imersa em inúmeros desafios frente ao processo avassalador de contrarreforma do Estado.

Com base nisso, o objetivo central deste estudo é realizar uma análise e trazer à discussão apontamentos centrais que se constituem como elementos fundamentais para a materialização da política de saúde mental Infantojuvenil na Paraíba mediante os CAPSi. Assim como, trazer subsídios que nos auxiliem a compreender como essa política vem sendo implementada nos últimos anos e afetada pelo contexto político, econômico e pandêmico contemporâneo, atingindo a todos, seja usuários, familiares, profissionais e gestores. E com isso construir subsídios que nos permitam traçar caminhos para o fortalecimento da política de saúde mental infantojuvenil e para a garantia do direito humano à saúde mental desses sujeitos.

Para isso, a fundamentação teórico-metodológica deste estudo encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, uma vez que essa possibilita uma apreensão concreta da realidade em suas múltiplas determinações, nos dando amparo para uma análise do processo de contrarreforma engendrado pelo capital com intuito de garantir a hegemonia de classes dominantes que visam o desmonte do setor público e fortalecimento do capital privado.

Evidenciamos, pois, que o processo metodológico envolveu o caminho investigativo que nos permitiu apreender um conjunto de elementos que confirmam uma dada realidade que se estrutura desde fenômenos mais simples aos mais complexos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que possibilita uma melhor contribuição para apreender os fenômenos investigados uma vez que se apresenta a partir de múltiplas facetas. Para isso, realizamos inicialmente uma pesquisa bibliográfica com base em teorias de autores/as das áreas das ciências sociais, econômica e política que contribuíram para nossa discussão: Marx, Foucault, Basaglia, Delgado, Bravo, Bobbio, Antunes, Amarante, Klein, Harvey, Guerra, Mascaro, Mota, Netto, Pain, entre tantos outros/as. Em seguida realizamos uma pesquisa exploratória de campo com 09 profissionais dentre coordenadores e profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais de 03 unidades de CAPSi do estado da Paraíba.

Para atingirmos o objetivo proposto, esta dissertação foi estruturada em duas partes. A Parte I, intitulada “Marco Teórico – Um nado contra a corrente?”, é composta pelo capítulo norteador nomeado de “CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE DE CONJUNTURAS”. Nele é realizada uma discussão teórica acerca da crise estrutural do capital, da consolidação do ideário neoliberal no Brasil e do processo de contrarreforma do Estado que se gesta a partir da década de 1990 no país. Este mesmo capítulo é dividido em tópicos onde realizamos um resgate de como se gestou a política de saúde e saúde mental imersas no contexto contrarreformista perpassando as particularidades dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), Dilma Rousseff (2011-2016), Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2020).

A Parte II é denominada “ESTUDO EMPIRÍCO – Entrelaçando fios”. Esta parte do nosso trabalho contempla dois capítulos. O primeiro capítulo é intitulado ““TRABALHANDO COM O MÍNIMO DO MÍNIMO”<sup>1</sup>: A DIMENSÃO OBJETIVA DA PESQUISA”, nele, abordaremos o desenvolvimento da política de saúde mental no estado da Paraíba enfatizando os marcos da Lei 10.2016/2001 e a implantação dos CAPSi no estado.

---

<sup>1</sup> Salientamos que a frase “Trabalhando com o mínimo do mínimo” utilizada em nosso título do Capítulo 2 faz referência a um trecho da fala de um dos participantes de nossa pesquisa durante as entrevistas.

Por conseguinte, trazemos as condições objetivas de funcionamento dos CAPSi, esmiuçando questões relativas ao financiamento e recursos, à estrutura física desses Centros e às equipes multiprofissionais dos CAPSi. Essa dimensão se configura fundamental para nossa análise sobre as condições materiais de efetivação desse direito de crianças e adolescentes, assim como também dos familiares e profissionais que fazem essa política.

O segundo capítulo da Parte II é denominado ““VIVEMOS TROCANDO ANGÚSTIAS NOS CORREDORES”<sup>2</sup>: A DIMENSÃO SUBJETIVA DA PESQUISA”, onde trataremos da atuação profissional, destacando nossas análises diante das condições de trabalho dos profissionais e abordando os desafios e angústias desses em meio ao contexto de pandemia de Covid-19 em que vivemos. Realizamos um paralelo entre a saúde mental e os direitos humanos, destacando nossa análise acerca da apreensão dos profissionais acerca da relação saúde mental e direitos humanos. E, por conseguinte, elucidamos questões relacionadas aos usuários dos CAPSi e seus familiares/cuidadores/as, abordando, de maneira interseccional, questões relativas às condições socioeconômicas, de gênero e raça.

Nas considerações finais serão reunidos e discutidos os achados de nossa pesquisa, bem como serão realizadas nossas considerações diante dos apontamentos introduzidos ao longo do estudo e da análise realizada.

---

<sup>2</sup> Salientamos que a frase “Vivemos trocando angústias nos corredores” utilizada em nosso título do Capítulo 3 faz referência a um trecho da fala de um dos participantes de nossa pesquisa durante as entrevistas.

**PARTE I: MARCO TEÓRICO**  
**Um nado contra a corrente?**

*“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras; espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão” (Nise da Silveira)*

## 1. CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE DE CONJUNTURAS

Neste capítulo, abordaremos os aspectos da crise estrutural do capital presente na economia mundial e o processo de contrarreforma do Estado brasileiro relacionando-os com as políticas socioeconômicas neoliberais adotadas no país que culminaram no desmonte de direitos conquistados ao longo da história, especialmente nas políticas públicas que são nosso foco de pesquisa, a política de saúde e saúde mental.

A teoria que atesta a conclusão inevitável das crises se constituírem inerentes ao próprio sistema capitalista<sup>3</sup> nos subsidiam enfatizar que elas não ocorrem acidentalmente, ao contrário, as crises são funcionais ao capitalismo. Além disso, as mudanças ocorridas no capitalismo global no último século levou a denominada *crise estrutural* (MÉSZÁROS, 2011) que, por sua vez, culminou na necessidade da elite burguesa, por volta de 1930/40, representada pelos nomes de Friedrich Von Hayek e Milton Friedman, desenvolver um receituário de medidas neoliberais como resposta a essa crise de escala mundial que logo foi academicamente financiada por setores corporativos e adotada por lideranças mundiais (KLEIN, 2012).

No Brasil, a década de 1990 é o período temporal em que se gesta, de forma paralela, dois projetos divergentes: de um lado a implantação de um sistema de proteção social, através da promulgação da Carta Magna de 1988, com políticas híbridas que visam garantir minimamente condições de vida e direitos fundamentais para a população, como é o direito a saúde através de um sistema público e universal; do outro lado, um projeto burguês privatista com intervenção estatal de contenção da crise a partir de medidas neoliberais orientadas no Consenso de Washington<sup>4</sup> que têm como instrumento o desmonte dessas políticas públicas expressas constitucionalmente.

O grau de adoção do receituário neoliberal e os impactos na política de saúde e saúde mental no Brasil variaram de acordo com a gestão dos governos que perpassaram as últimas três décadas de implantação do SUS. O fortalecimento do sistema público garantidor da saúde no país ora evoluiu, ora regrediu, dada as inúmeras particularidades dos governos que nos comprometemos em analisar neste capítulo: Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-

---

<sup>3</sup> As principais referências utilizadas na discussão acerca de capitalismo foram: MARX, 1998; MÉSZÁROS, 2011; NETTO, 2012; MANDEL, 1990.

<sup>4</sup> O Consenso de Washington foi o encontro ocorrido na capital dos EUA reunindo membros dos países da América Latina, especialmente economistas neoliberais apresentando medidas de ajustes que visavam o fim da crise do Estado (SALVADOR, 2010).

2003); Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) (2003-2010); Dilma Rousseff (2011-2016), Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-atual).

Antes de adentrarmos, no entanto, nos efeitos da contrarreforma do Estado na política de saúde e saúde mental durante esses governos, é fundamental tratarmos, ainda que de forma breve, como se deu a crise estrutural do capital e o processo de contrarreforma do Estado através da adoção do receituário neoliberal que vem norteando a atuação estatal brasileira durante essas últimas décadas.

### **1.1.Crise estrutural do capital, consolidação do ideário neoliberal e a contrarreforma do Estado**

Nos últimos séculos se delineou um sistema socioeconômico que, hoje, atinge todos os continentes, o capitalismo, e cuja expansão é universal. Assim como afirma Comparato (2013), o capitalismo é a primeira civilização universal surgida na história.

Também Chesnais (1996) havia pensado essa dinâmica denominando-a “mundialização do capital”, ou seja, o capital presente em todos os lugares, com alto grau de intensidade, integração e interdependência, com uma busca incessante por novas formas de acumulação. Quando o autor nos traz essa abordagem, se refere à fase vigente do capitalismo: o financeiro. Todavia, ao longo do seu desenvolvimento histórico, o capitalismo vem possuindo algumas particularidades que precisam ser apresentadas.

De premissa, elucidamos que o capitalismo foi conceituado por Marx em *O Capital*<sup>5</sup>, ainda no século XVIII, obra essa em que o teórico realiza uma insigne crítica à estrutura social moderna composta por classes. Nesse sistema, os meios de produção são de propriedade privada e possuem fins lucrativos; além disso, decidem sobre oferta, preço, distribuição. Ou seja, além da busca incessante pelo acúmulo de capital, esse modo de produção regula o sistema nas esferas social, econômica, cultural, política.

O capitalismo estudado por Marx sofreu inúmeras transformações no decorrer dos anos. Para atingir sua hegemonia, consoante Mandel (1982), esse sistema perpassou em seu processo de desenvolvimento por três principais fases: capitalismo comercial, industrial e

---

<sup>5</sup> *O Capital* é um conjunto de livros que constituem uma análise acerca do sistema capitalista desenvolvida pelo teórico Karl Marx. Para maiores aprofundamentos ler: MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. O processo de produção do capital - v. 1, t.1. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.1. t.1. (Col. Os Economistas).

financeiro<sup>6</sup>. O que nos importa destacar é que em todas suas fases o capitalismo não se isentou de crises, ao contrário, elas são inerentes ao avanço do sistema, mesmo apresentando diferenciações e particularidades em determinados momentos. Tal sistema possui uma dinâmica contraditória que é evidenciada na reflexão sobre sua crise estrutural, pois, como ressalta Mascaro (2020, p.42), assim como “o capitalismo é a própria crise, a crise é a solução da crise”.

Mas afinal, do que se trata uma *crise*? No grego *krisis* corresponde a “ação ou faculdade de distinguir e tomar decisão, por extensão é o momento decisivo, difícil de separar, decidir, julgar”<sup>7</sup>. Segundo Bastien (1989), o termo *crise* foi importado das ciências médicas, sendo considerado nesse campo o momento que define a evolução de uma doença, seja para um quadro clínico melhor ou pior. Entretanto, após sua apropriação pelas ciências sociais e políticas por volta dos séculos XVII e XVIII surge a expressão *crise econômica*, que por sua vez, utilizada pela primeira vez pelo filósofo alemão Karl Marx (1818-1883), somente no século XIX adquire maior significado com o aprofundamento da discussão teórica acerca do termo.

Na teoria política de base marxista o termo *crise econômica* está diretamente ligado à lógica do sistema capitalista. Para Mészáros (2011), por exemplo, são as contradições do sistema que impulsionam as crises e esse fato se dá em decorrência de seu metabolismo social incontrolável, da sua essência ambiciosa pelo acúmulo. Explicar essa essência do capital exige uma análise profunda, e essa análise foi realizada inicialmente por Marx. Mesmo sua teoria não sendo suficiente para compreender as particularidades do capital financeiro na contemporaneidade, a lógica desse sistema permanece a mesma desvelada pelo autor na teoria da “lei” tendencial da queda da taxa de lucro no livro III de *O Capital*, desvelando como se dão as crises do sistema que resultam conseqüentemente na produção e reprodução de desigualdades, no desemprego, aumento do pauperismo.

É importante enfatizar que o capital visa o máximo de lucro através do aumento contínuo da escala de produção, pressionando constantemente a capacidade de consumo das classes desfavorecidas<sup>8</sup>. Quando há uma super produção acima da capacidade de consumo da população, a indústria entra em depressão ou estagnação, dando início então à crise. Esse

---

<sup>6</sup> Para maiores aprofundamentos sobre as fases do capitalismo sugerimos ler: MANDEL, E. O capitalismo tardio. São Paulo: Abril cultural, 1982.

<sup>7</sup> Dicionário da Língua Portuguesa, Houaiss, disponível em <http://biblioteca.uol.com.br/>

<sup>8</sup> O Capitalismo, para Marx e Engels (1998), é uma forma de sociedade formada através da divisão social de classes. Os teóricos citam existir no capitalismo duas principais classes: a classe burguesa, formada pelos proprietários dos meios de produção, e o proletariado, composto pela parte da sociedade que não tem acesso aos meios de produção, apenas possuem sua força de trabalho para vender a burguesia.

resultado que o capitalismo proporciona o direciona a crises que, de acordo com Paulo Netto (2012), são cíclicas ou sistêmicas, envolvendo toda a estrutura do sistema e acabam se configurando no seu momento de expansão e renovação.

Entretanto, tais crises não significam o fim do capital. Nesse instante, o Estado atua como “administrador” dessas crises, como sinaliza Mandel (1990), através de suporte financeiro, empréstimos e demais possíveis tentativas de apoio ao capital. Esse fato corriqueiro até os tempos atuais foi descrito por Marx e Engels em uma de suas citações mais conhecidas e retóricas que expressa perfeitamente a condição do Estado frente ao capital: “um comitê para gerenciar os assuntos comuns de toda a burguesia” (MARX; ENGELS, 1998, p. 12).

Posto isto, enfatizaremos de maneira breve, o delineamento das principais grandes crises do sistema para entendermos melhor o processo que vivenciamos hoje, em que o capital busca se reestruturar através de diversas medidas tomadas pela esfera estatal e como as crises são partes intrínsecas da sua lógica de funcionamento em todo decorrer do desenvolvimento da história do capitalismo.

A priori, cabe salientar que crises já vinham ocorrendo no decorrer do desenvolvimento do sistema capitalista, todavia, Segundo Paulo Netto (2012), a primeira grande crise de proporção mundial teve início em 1873 na Europa e durou cerca de 23 anos. Sua gênese foi em decorrência do “craque da Bolsa de Viena”<sup>9</sup>. Nesse período, ainda consoante Paulo Netto (2012), houve a falência de bancos na Austrália, Estados Unidos e Alemanha, superprodução de mercadorias, redução da taxa de lucro e de salários. Com as grandes indústrias e a concentração de capital nas mãos de poucos, ocorreu o empobrecimento da classe trabalhadora de maneira desastrosa. Constatou-se um descompasso entre a superprodução de mercadorias e o escoamento dessas, uma vez que a classe trabalhadora não possuía poder aquisitivo para consumir tais bens.

Paralelo a esse processo ocorreu a falência das pequenas e médias empresas gerando desemprego em massa e redução dos salários dos sujeitos que ainda conseguiram se manter no trabalho. O fato é que tal crise não erradicou com o capitalismo, ao contrário, expandiu e remodelou sua identidade, dando início a um novo ciclo/processo: a reestruturação capitalista. Segundo Coggiola (2009), essa crise proporcionou a fase do imperialismo capitalista, facilitada pela emergência de novas corporações, concentração econômica e controle dos mercados.

---

<sup>9</sup> Foi desencadeada pela falência de uma financeira de Filadélfia, a Jay Cooke and Company, em 18 de setembro de 1873, em conjunto com a dissolução, em 9 de Maio do mesmo ano, da **Bolsa** de Valores de **Viena** de Áustria.

Evidencia-se com isso, que o capital busca soluções para sair das crises, isto é, tenta se reestruturar. Entretanto, apesar dessa tentativa, esse processo de reestruturação que o capital passou não foi suficiente para manutenção do acúmulo de capital por muito tempo.

Seguimos traçando uma linha do tempo das crises estruturais enfrentadas pelo capitalismo, de modo que em 1929 explodiu a segunda grande crise. De acordo com Paulo Netto (2012, p. 416), essa foi “catastrófica e [...] não teve por espaço apenas uma região geopolítica determinada: ela envolveu o globo; durou em torno de dezesseis anos e só foi ultrapassada no segundo pós-guerra.” Esse acontecimento atingiu o capitalismo internacional e possuiu proporções épicas e efeitos duradouros, além de configurar a decadência do liberalismo econômico.

Para compreender tal contexto, o final da década de 1920 foi o período de crescimento econômico mais acentuado norte-americano. Cabe salientar que os Estados Unidos da América (EUA) já ocupava posto de maior economia do mundo antes mesmo da Primeira Grande Guerra, mas esta guerra acentuou a posição de potência econômica internacional e em virtude do rápido crescimento da economia houve um aumento dos serviços de consumo de mercadorias, crescimento industrial – especialmente de automóveis - e pleno emprego. Esse *boom* econômico foi a força motriz que levou as pessoas a investirem no mercado financeiro, o que conseqüentemente disparou a especulação monetária. Porém, essa prosperidade possuía bases altamente frágeis e a sociedade não percebeu o que estava prestes a acontecer.

O desemprego atingiu a casa dos 2%, a produção de automóveis atingiu 33%, a geração de energia duplicou, fora a produção de borracha, petróleo, aço, construção de estradas. Porém, a partir de 1928 a especulação estava cada vez mais recorrente e o valor das ações subia em um *boom* financeiro (GALBRAITH, 1988). Nessa terceira fase do capitalismo, o financeiro/monopolista, com gênese no início do século XX, ainda segundo Galbraith (1988), se gesta a primeira explosão no mercado imobiliário da Florida. A bolha atingiu níveis sem precedentes. Todavia, logo houve o fim do *boom* iniciando-se a maior crise de toda a história dos EUA, crise que reduziu um terço do comércio mundial, e que ficou conhecida como “A Grande Depressão” (1929-1932).

No que concerne entendermos a atuação do Estado é importante destacar que, assim como salienta Mandel (1990), esse é compreendido como estrutura com a função de garantir a coesão social, mediando interesses econômicos, ideológicos, culturais e políticos, porém, participa então como complemento ao capital, corrigindo falhas do sistema, afirmando sua função clássica de dar suporte e manter o sistema em momentos de crise, tornando-se o “administrador” das crises do sistema como cita Paulo Netto (2012) ou como havia ressaltado

o próprio Marx, assumindo a função de “comitê executivo da burguesia”, logo, a serviço da classe economicamente dominante.

Nesse cenário contraditório em que a proposta pregada pelo liberalismo seria o não envolvimento estatal na economia, agora ele passa a afirmar que o Estado deve proteger as instituições financeiras, ou seja, nas palavras de Harvey (2011, p.16), a proposta nada mais é do que “privatizar os lucros e socializar os riscos”. É a luta pela ideologia liberal de defesa do Estado mínimo para o social e máximo para o capital.

É importante sinalizar que a estratégia de recuperação para vencer a crise através da intervenção do Estado, do controle de instituições financeiras, da regulação da produção, do estabelecimento de salário mínimo, entre outros, não foi somente ou totalmente o que salvou os Estados Unidos da América (EUA) de tal crise. Cabe enfatizar ainda, que a barbárie da II Guerra Mundial foi utilizada para resgatar as empresas da falência, através da indústria e da produção bélica, já que as enormes encomendas das forças armadas e da marinha referentes a alimentos, roupas, armas, munições entre outros, aqueceram a agricultura e vários serviços, o que gerou maior estabilidade econômica.

Outro ponto importante para a saída da crise de 1929 foi o plano econômico conhecido como New Deal<sup>10</sup> (Novo Acordo) elaborado pelo presidente dos EUA, Franklin Roosevelt, em 1933, e inspirado nas teorias do inglês John Maynard Keynes<sup>11</sup>. As medidas do New Deal como, por exemplo: Realização de obras públicas, concessão de empréstimos governamentais a empresários, fiscalização da produção e dos preços de produtos industriais e agrícolas, elevação dos salários, diminuição da jornada de trabalho e legalização dos sindicatos, salário-desemprego e implementação de um sistema de proteção social em especial atendendo questões da assistência social, fez em três anos o consumo aumentar em 50% e ocorreu a recuperação econômica dos EUA (KLEIN, 2012).

Nesse momento, pode-se perceber uma marcante presença e crescimento da participação do Estado na gestão econômica das ideias desenvolvidas por Keynes. É aqui que nasce o *Welfare State* ou o chamado Estado de bem-estar social, sendo uma forma de governança que reconhece os direitos econômicos e sociais e atua a partir de um sistema de proteção social voltado para as classes mais pobres e trabalhadoras. Percebemos com isso que,

---

<sup>10</sup> O New Deal foi uma série de medidas adotadas pelos EUA entre 1933 e 1937 como meio de recuperar e reformar a economia norte-americana e auxiliar os atingidos com a Grande Depressão.

<sup>11</sup> Keynes foi um economista britânico cuja teoria propôs uma revisão da teoria do liberalismo e apoiava a intervenção do Estado na economia sempre que fosse necessário como medida de evitar a retração econômica e garantir pleno emprego.

a proposta do liberalismo clássico, nesse instante, foi superada por essa nova visão de um Estado, com maior intervenção no âmbito econômico e social.

Esse modelo perdurou durante algumas décadas chegando até 1970, quando começa a apresentar sinais de dificuldades significativas. Segundo Bedin e Nielsson (2013), essas complicações se deram em decorrência da profunda estagnação econômica das sociedades capitalistas daquele período, da elevação dos índices de inflação e da primeira grande crise do petróleo.

Com o esgotamento do Welfare State, logo se apresentam sinais de uma nova crise. Os anos de ouro após 1945, de acordo com Ernest Mandel (1990), começam a indicar esgotamento por volta de 1960, anunciando um longo período de estagnação. E em meados de 1973/74 apresenta-se uma crise clássica de superprodução capitalista. Todavia, essa crise possui características diferentes das anteriores, pois não é mais uma crise conjuntural e passageira como as anteriores e se apresenta endêmica e crônica, configurando, na perspectiva de Mézáros (2011) uma “crise estrutural”.

Para Mézáros (2011), alguns dos principais elementos apresentados por essa crise são: 1) assume um caráter universal, abrangendo todas as esferas da vida social. 2) seu alcance é de fato, global, espalhando-se pelo continente. 3) sua escala temporal é extensa, permanente, diferente das anteriores que eram limitadas e cíclicas. 4) seus desdobramentos foram “rastejantes”, o que a nosso ver significa que foram “lentos”, em comparação com as crises vivenciadas anteriormente pelo capital.

Nesse instante, é de suma importância destacar alguns traços abordados por Antunes (2007) sobre essa crise. Para o teórico, houve um crescimento exponencial da esfera financeira em detrimento do capital produtivo, crise do Estado de Bem-Estar Social, concentração de capitais e, em especial, ocorreu uma enorme valorização do capital privado junto da necessidade de diminuir gastos públicos.

O pensamento de Mézáros acerca da crise estrutural de fato se concretizou. Notemos que pouco tempo depois, temos o crash de 1987, a partir de então uma sequência em efeitos “cascata”, expressos em crises localizadas como sinaliza Paulo Netto (2012): a crise dos “Tigres Asiáticos” (1997), a “crise da Bolsa Nasdaq” (2000), a “crise da bolha imobiliária” (2008) e, a “crise do euro” (2011).

Mandel (1990) analisa que ainda a crise econômica de 1973/74, foi uma crise de superprodução globalmente generalizada que possuiu algumas diferenças das crises anteriores, posto que a financeirização da economia já havia se apresentado como um sinal para a perda da capacidade produtiva e de gestão de um ciclo histórico de acumulação. Esse

novo período inaugurado demarca não apenas um período de onda longa de duração, mas também a impossibilidade de recuperação em patamares razoáveis de lucratividade.

Abordar essa lógica da nova dinâmica capitalista nos permite concordar com Mézaros (2011) quando o autor enfatiza que ela ativou os limites absolutos do capitalismo. Para o autor, se gesta nesse período uma fase inédita do capital, marcada principalmente por dois fatores, sendo o primeiro a impossibilidade de limites de expansão do capital, e o segundo, devido à sua precarização estrutural, a destruição da natureza em escala global.

O liberalismo clássico dá lugar a uma nova teoria econômica nascida na Escola de Economia de Chicago com os expoentes Friederich A. Hayek e Milton Friedman: o neoliberalismo<sup>12</sup>. Essas teorias levantadas defendiam ferreamente o extremo *laissez-faire*<sup>13</sup>.

No ano de 1962, Friedman escreve seu livro *Capitalismo e liberdade*, que compõe uma espécie de agenda, um manual do pensamento neoliberal. A orientação dada no livro era que os governos abolissem regulamentações e regras que se colocasse no caminho da acumulação do lucro capitalista, vendessem ativos que possuíssem para serem administrados pelas instituições privadas com fins lucrativos, e, principalmente, cortassem fundos destinados a programas sociais.

Essas orientações configuravam uma fórmula tripartite de desregulamentação, privatização e cortes, ou seja, de ruptura com o New Deal (medidas econômicas e sociais tomadas para resolver a crise de 1929). Para Naomi (2012), a Escola de Chicago visava eliminar toda a proteção social que os trabalhadores conquistaram e que o Estado oferecia.

Friedman então traça uma verdadeira guerra contra o desenvolvimentismo. A Escola de Chicago chegou a lançar um programa, em 1956, para formação de estudantes do Chile que se transformariam em guerreiros ideológicos contra as ideias econômicas dos “vermelhos” da América Latina, como cita Naomi (p.79), “uma forma de imperialismo intelectual”. No entanto, o programa não funcionou muito bem, pois na década de 1960, o principal debate econômico centrava-se no próximo estágio do desenvolvimentismo.

A onda neoliberal iniciou-se efetivamente com a apresentação, em 1989, de tais medidas no chamado Consenso de Washington - cabe salientar, arquitetado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e outras instituições. Para Bresser-Pereira

---

<sup>12</sup> O interesse do setor privado pela perpetuação dos pensamentos neoliberais é explicitado por Naomi Klein na sua obra *A doutrina do choque*, na qual a autora relata que a Escola de Chicago conseguiu doações por interesse das corporações para disseminação desses pensamentos da direita.

<sup>13</sup> A expressão em francês *Laissez-faire* significa “deixar fazer” e traduz o liberalismo econômico na sua forma mais pura. Defende a atuação do Estado apenas nas condições adequadas como a propriedade privada, o restante deve se dar de forma natural, isto é, as instituições privadas devem solucionar seus problemas sem nenhuma interferência do Estado.

(1991), as três principais recomendações postas por esse encontro foram: a abertura econômica e comercial; a aplicação da economia de mercado; e o controle fiscal macroeconômico. E as disciplinas básicas apontadas pelo autor em sua análise do Consenso foram: disciplina fiscal; reforma fiscal e tributária; privatizações de empresas estatais; redução da intervenção do Estado; desregulamentação de leis trabalhistas e de programas de controle de economia.

Em suma, a nosso ver, o Consenso de Washington se caracterizou como uma “receita de bolo” de como prosseguir com a execução do ideário neoliberal em toda América Latina. Esse conjunto de medidas tomou o nome de reestruturação produtiva que, para Mota (2017), reorganiza o papel das forças produtivas no ciclo de reprodução capitalista, tanto na esfera da produção quanto na da reprodução das relações sociais. Conforme afirmou Bresser-Pereira (1991, p.20), “sua incapacidade de estabilizar a economia, apesar dos sacrifícios que está impondo à sociedade, pode levá-lo em curto prazo a uma crise política grave.”. E levou.

Ao tratar do Brasil faz-se importante observar que esse possui particularidades e diferenciações no que se refere a sua inserção no capitalismo mundial. Na transição de um país colonial para um país capitalista, o Brasil consagra inúmeras marcas e expressões de sua condição periférica e das relações capitalistas consolidadas. Ou seja, as transformações sociais ocorridas no Brasil são particulares, mas estão diretamente relacionadas à sua inserção no capitalismo mundial e por sua formação sócio-histórica e econômica.

Dentre os teóricos que se debruçaram a registrar o debate acerca da formação política, econômica, social e cultural no país, Florestan Fernandes apresenta argumentos e elementos que demonstram como a sociedade brasileira possui traços próprios da implantação e consolidação capitalista. Em sua obra *A revolução burguesa no Brasil*, Fernandes (1987) aponta que a transição para o capitalismo não seguiu padrões clássicos de outros países, tivemos os marcos do surgimento da indústria e do proletariado marcado pelo conservadorismo político de cunho totalmente mandonista, paternalista e conformista. A ruptura para o “capitalismo à brasileira”, segundo o autor, se configura no último quartel do século XIX como “mecânica” e “estática”, ao invés de societária, histórica e política.

Nessa mesma linha de pensamento, Behring (2008) caracteriza essas particularidades como um círculo vicioso, que possui tendência a se repetir de maneira estrutural. Para a autora, o Brasil possui um histórico de incapacidade de romper com a dependência do exterior, de desagregar os setores arcaicos e a incapacidade de superar o subdesenvolvimento construído pela enorme concentração de riqueza.

Por exemplo, a autora cita o golpe de 1964 como um período em que houve uma enorme liberdade da economia para apreender as transformações de adaptação ao capitalismo monopolista. A *autocracia burguesa* – se referindo ao regime ditatorial brasileiro, como denominou Fernandes (1987) - configurou o período marcante da interface entre iniciativa privada brasileira e mercado mundial; além disso, se articularam elementos de um governo forte, em um Estado sincrético, autocrático e oligárquico. O marco desse período foi uma enorme concentração de riqueza, drenagem do excedente econômico para o exterior e a permanência de formas de trabalho pré-capitalistas, o que causou um desenvolvimento interno desigual e uma dominação imperialista externa.

O Estado, para Fernandes (1987), não é uma peça casual, possuindo nesse momento um papel de alta relevância, a partir de suas funções estratégicas de adaptação as demandas do capitalismo monopolista. Nas palavras de Florestan Fernandes (1987):

O Estado adquire estruturas e funções capitalistas, avançando, através delas, pelo terreno do despotismo político, não para servir aos interesses “gerais” ou “reais” da Nação, decorrentes da intensificação da revolução nacional. Porém, para satisfazer o consenso burguês, do qual se tornou instrumental, e para dar viabilidade histórica ao *desenvolvimentismo extremista*, a verdadeira moléstia infantil do capitalismo monopolista na periferia. (FERNANDES, 1987, p.346).

Para Netto (1996), esse foi um período em que houve uma modernização conservadora com feições singulares e, assim como Fernandes (1987) e Behring (2008), foi um momento em que a sociedade brasileira viveu um “mito”. Cabe destacar que a ideia de mito foi abordada por Chaui (2000) para explicar que possuímos um vínculo interno com o passado que se conserva no presente, e quanto mais parece algo novo, algo “moderno”, tanto mais é a repetição de si mesmo, do passado. Isto é, a ideia de modernidade e progresso dos “anos de Ouro”, na realidade nada mais é do que a realização do sonho liberal de abertura ao capital internacional e de concentração de riqueza por parte de poucos.

Behring (2008) reafirma alguns elementos desse mito, citando, por exemplo, o autoritarismo no Estado e na sociedade, a privatização do setor público, a tutela e o favor. Nesse sentido, a classe burguesa brasileira está comprometida com a luta pelo bloqueio da esfera pública de ações sociais, assim como é na política de saúde. Para essa finalidade o Estado possui um elemento estratégico: a contrarreforma<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Para Behring (2008) a expressão “reforma do Estado” possui um sentido ideológico, e com isso ela trata como algo oposto a uma reforma, mas uma “contrarreforma” do Estado. Isso se dá, pois, o discurso do programa de

No Brasil, os resultados da crise estrutural do capital foram sentidos com maior intensidade no decorrer da década de 1990. O resultado disso foi à tomada de medidas que prescreviam uma série de receituários neoliberais e questionavam intensamente a atuação e atribuições do Estado, adotando ações regressivas no campo das políticas públicas e sociais, assim como na política de saúde, recém-nascida com a Constituição Cidadã de 1988.

Em suma, é a partir da crise estrutural do capital mundial (1970), especialmente no pós-1990 no Brasil, que podemos considerar que houve o início do processo de Contrarreforma do Estado diante da proposta de Bresser-Pereira<sup>15</sup> (1998) inspirada nas orientações neoliberais do Consenso de Washington. Essa reforma pensada por Bresser-Pereira (1998) atinge toda a estrutura de governabilidade brasileira, e no bojo da crise da dívida externa que assolava a América Latina é posto em prática no Brasil uma rigorosa disciplina fiscal, com privatizações, redução de gastos públicos, reformas, desregulação econômica, liberalização comercial, flexibilização das leis trabalhistas entre outras medidas destinadas a mundialização do capital financeiro, assim como nos confirma Montaño e Duriguetto (2011).

Cabe citar que o Estado brasileiro foi o último país da América Latina a implantar o projeto neoliberal (FILGUEIRAS, 2006). Uma das razões decorre da intensa atividade política desenvolvida pelos movimentos da classe trabalhadora da década de 1980<sup>16</sup>. Entretanto, tal mobilização por um projeto democrático e popular não conseguiu atingir a hegemonia e, ainda segundo Filgueiras (2006), acabou possibilitando, a partir da eleição de Fernando Collor de Melo (1990-1992) – primeiro presidente eleito diretamente desde o golpe militar (1964-1985) -, a unificação das diversas frações do capital em volta do projeto neoliberal. Com Collor, o país ganha uma maior vitalidade do enxugamento do Estado, havendo um solo fértil para as reformas com orientação para o mercado, pois o país vivia um período de forte recessão econômica.

Nos dois anos de governo, marcado por corrupção e interrompido pelo impeachment, Collor de Melo consegue implantar os Planos Collor I e Collor II. Tais planos foram um conjunto de reformas desastrosas que visavam controlar a alta inflação - que atingiu cerca de

---

“reforma” fundamenta apenas elementos fiscais e o discurso de preocupação com a proteção social serve apenas para deixala mais aceitável socialmente, todavia, se trava na verdade de uma escolha político-econômica regressiva, destruindo avanços na garantia do sistema de proteção social.

<sup>15</sup> Luiz Carlos Bresser Pereira é um economista, cientista político e advogado brasileiro, professor da Fundação Getúlio Vargas e também foi ministro da Fazenda, como veremos a seguir ao longo desse estudo ocupou cargo no ministério durante duas pastas.

<sup>16</sup> Aqui podemos enfatizar a constituição do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), na criação da Central Única de Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores (PT). Cabe também enfatizar que no período entre 1983 e 1989 foram realizadas oito greves gerais. (FILGUEIRAS, 2020).

1.972% em 1989- e teve como um dos pilares o *confisco de poupança*<sup>17</sup> da população. Segundo notícia publicada no site *Isto é*<sup>18</sup>: “as consequências para muitas famílias foram irreparáveis com mortes, suicídios e desemprego – provocado por uma recessão aguda logo no primeiro ano do plano”. De acordo com Lovisi (2009), a taxa de suicídio após esse período eleva-se em 4,5 até 1997 e só em 1998 declina para 3,98.

De acordo com Maciel (2011), o Plano Collor I anunciou a aurora da era neoliberal no país e suas medidas foram tão ineficientes no combate à inflação que em menos de um ano o governo dá início a um novo plano econômico, o Plano Collor II, que também se revelou impotente frente à crise econômica e a alta inflação. Com isso, gerou-se um descontentamento por parte da população e por uma parcela da burguesia que se manifestou a favor do processo de deslegitimação do governo que só possuía marketing político.

Sobre esse prisma, Maciel (2011) atribui ao governo Collor uma pretensão mais próxima de “aventura” do que da construção de um sistema político com características modernizadoras como Collor sugeria. Essas características de debilidade política foram importantes para sua queda, porém, a retomada do projeto neoliberal logo se consolidaria em novas bases políticas com o governo de Fernando Henrique Cardoso.

Nesse momento do nosso estudo precisamos nos atentar a um ponto, vejamos: como explanado até então, podemos observar que o neoliberalismo, gestado em meio a esse contexto de crise do capital mundial, busca a retomada das taxas de lucro do capital e para isso utiliza de um forte instrumento, as contrarreformas. Tais medidas demonstraram serem ofensivas regressivas aos direitos sociais conquistados. Isto é, a ideia de “reforma” nada parece com um ambiente de decisões de mudança para benefício e melhora da política pública, mas contrarreformista, regressiva.

No Brasil, dentre as políticas públicas nascidas a partir da Constituição Federal de 1988 – que foi um divisor de águas no campo social e político – a política de saúde se configura um campo propício de disputa na busca pela lucratividade por parte do capital privado. Desde sua gênese, como política pública universal, foi fortemente alvo de tentativa de desmonte e privatização.

Isso implica, sob um olhar dos direitos humanos, uma forte problemática, pois se torna uma ofensiva a um direito fundamental do ser humano, o direito à saúde. Podemos considerar, inclusive, a saúde como o direito humano social de maior relevância para a humanidade, de

---

<sup>17</sup> O Confisco de Poupança foi uma medida tomada pelo governo Collor em 1990 a partir da tomada de valores bancários de uma dada pessoa ou organização por parte do governo sem qualquer pagamento ou compensação.

<sup>18</sup> Ver notícia completa em: [https://istoe.com.br/58752\\_DIFICIL+DE+ESQUECER/](https://istoe.com.br/58752_DIFICIL+DE+ESQUECER/).

caráter universal e essencial, pois está intrinsecamente relacionado ao direito à vida. Diante disso, abordaremos na sequência, de maneira breve, o desenvolvimento da política de saúde e saúde mental brasileira e, paralelamente, as ofensivas realizadas pelo Estado na tentativa de entrega desse direito nas mãos do capital no seu auge neoliberal conservador.

## **1.2 Política de Saúde e Saúde Mental Infantojuvenil no contexto de contrarreforma**

Na demanda por compreendermos e levantarmos uma análise acerca do processo de contrarreforma tomado pelo Estado frente à política de saúde e saúde mental Infantojuvenil brasileira, é altamente relevante construirmos uma breve apreensão da implementação das políticas de saúde pública em paralelo a execução do receituário neoliberal, pelos diferentes governos, considerando as particularidades de cada conjuntura histórica. Mas para isso, é primeiramente importante levantar alguns pontos sobre o que é e como se deu a gênese de tais políticas.

Segundo Silva (2013), a política de saúde perpassou três momentos distintos no Brasil: o primeiro teve seu caráter assistencialista e ocorreu no período anterior a década de 1930; o segundo possuía características de um sistema previdencialista, logo após a década de 1930; e o terceiro momento, o universalista, a partir de 1988<sup>19</sup>. Nesse estudo, dado nosso objeto de estudo, enfatizaremos o terceiro momento - o universalista - marcado por uma série de acontecimentos e fenômenos políticos que ocorriam no país no momento de sua implementação.

A priori, destacamos que os direitos humanos, assim como elucida Bobbio (2009), são direitos históricos que nascem gradualmente em certas circunstâncias, e a saúde se configura em um desses direitos conquistados em determinado período e contexto. Ou seja, a saúde não é um conceito abstrato; conforme Silva (2013), ela é definida em um determinado contexto histórico do desenvolvimento da sociedade a partir das lutas cotidianas da população, dos profissionais, dos próprios usuários e familiares, e dos movimentos sociais.

Nessa perspectiva é impossível pensar a política de saúde mental separadamente do desenvolvimento da saúde mais geral, isso porque a saúde mental é justamente um

---

<sup>19</sup> Para um conhecimento mais aprofundado acerca da história da saúde no Brasil recomendamos ler: BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

desdobramento que ganhou força a partir da organização de movimentos que buscaram a formulação da assistência de forma específica para essa população que sofria devido as condições de cuidado, e também, os próprios profissionais devido as condições de trabalho.

Como exemplo disso, por volta da década de 1970, mais precisamente no ano de 1978, resultado da crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN)<sup>20</sup> decorrente das péssimas condições que os hospitais psiquiátricos ofereciam, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a qual Amarante e Nunes (2018) consideram o primeiro sujeito coletivo com vistas a reformulação do modelo psiquiátrico, e teve inspiração nos ideais de Basaglia e reivindicava mudanças no modelo hospitalar com o fim das internações entre outros. Consoante Amarante e Nunes (2018, p. 2068), “É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de Reforma Psiquiátrica (RP)”.

Nesse momento relembremos o papel fundamental dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), ambos iniciados por volta da década de 1970, no contexto de luta contra a ditadura, com participação ativa de intelectuais, profissionais da saúde, estudantes, parlamentares de esquerda, diversos movimentos sociais, segmentos da classe social, sindicatos entre outros. A Reforma Sanitária apresentava um conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, visando melhores condições de vida para a população. O marco institucional foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e foram as propostas desse movimento que culminaram na universalidade do direito à saúde no Brasil, oficializado logo mais na Constituição de 1988 (BRASIL, 2020).

No contexto do “movimento sanitário” em favor de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde eclodiu também o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que embora seja contemporâneo do movimento da Reforma Sanitária, possui sua própria história inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação de violência asilar (BRASIL, 2005). Esse movimento possui complexidade, é formado por diversos setores e é compreendido como a busca por um conjunto de transformações e práticas, assim como é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Seu tema de luta era “Por uma sociedade sem manicômio”, o que claramente evidenciava a insatisfação com as instituições clássicas em que mantinham uma forma

---

<sup>20</sup> A DINSAN foi um órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental no país.

abusiva, excludente, opressiva que mantinha os/as sujeitos considerados loucos/as, privadas de liberdade, confinados em lugares que mais pareciam com prisões. Não é nosso objeto de estudo um aprofundamento acerca da história da saúde mental ou sobre a história desses movimentos, mas é importante citar esse fato, pois foi fundamental para a luta por novas práticas e um novo modelo de assistência a esses sujeitos negligenciados ao longo da história, especialmente no Brasil.

Quando tratamos do tema Saúde mental Infantojuvenil isso se torna ainda mais complexo. Isso porque, o tempo em que a discussão sobre a saúde mental de crianças e adolescentes surgiu levou cerca de dois séculos a mais em comparação aos adultos (JUCÁ, 2019). Além disso, após o século XX, “durante aproximadamente um século as crianças ficaram prioritariamente em dispositivos de educação especial enquanto os adolescentes em hospitais psiquiátricos” (JUCÁ, 2019, p.90). Isto é, não houve uma inserção do tema criança e adolescente nas discussões sobre saúde mental ainda no bojo do debate da saúde e saúde mental brasileira.

Contudo, no livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), a autora apresenta inúmeros casos de crianças e adolescentes enviados ao Hospital Colônia de Barbacena, que ficou conhecido nacionalmente como exemplo de instituição violadora de direitos humanos, onde a morte social operava constantemente. Essas crianças, com qualquer tipo de doença mental ou física, e até muitas vezes sem nenhum diagnóstico de problemas mentais, apenas rejeitadas pelas famílias, morriam de frio, desnutrição, infecções, verminoses. (ARBEX, 2013).

A falta de uma política de saúde mental específica para crianças e adolescentes levou a uma desconsideração desses como sujeitos de direitos. Somente com a Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é que tivemos algumas transformações iniciadas, contudo ainda de forma bastante vagarosa em comparação com os adultos, como veremos ao longo do estudo.

Todavia, o grande marco desse decurso temporal das políticas de saúde e saúde mental no pós-redemocratização é a Constituição Federal de 1988. Ainda no Título II Dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu Artigo 6 destaca que, “são direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à **infância**, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p.23, grifo nosso).

No Título VIII Da Ordem Social, em seu Artigo 194, é estabelecido o sistema de Seguridade Social, que segundo Boschetti (2004), se caracteriza como um sistema híbrido que

mescla características dos modelos Beveridgiano e Bismarkiano<sup>21</sup> sustentado por seu tripé de proteção social no âmbito dos direitos derivados e dependentes do trabalho, ou seja: com caráter contributivo para os trabalhadores urbanos e rurais (Previdência Social); direitos seletivos, priorizando os mais necessitados e desamparados sem necessidade de contribuição (Assistência Social); e uma política de caráter universal, independente de contribuição e para todos (Saúde).

Cabe destacar que essa proteção social abordada pela Constituição Cidadã de 1988 é inspirada na segunda geração/dimensão dos direitos humanos - os direitos sociais, culturais, econômicos e os direitos coletivos - gestada ainda no século XX. Esses direitos objetivos, para Bobbio (2009), são exibidos brilhantemente em todas as declarações nacionais e internacionais, mas permaneceram no papel, sendo os direitos sociais os mais difíceis de serem protegidos.

Retomando a grande conquista da CF/1988, no seu Artigo 196, a saúde é abordada como um direito de todos e dever do Estado e tal direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e agravos, tendo seu caráter universal e igualitário para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Com isso, fica explícito que a saúde no Brasil passa a ser reconhecida constitucionalmente como um direito fundamental, que todos, independente de qualquer discriminação, terão acesso aos serviços, inclusive crianças e adolescentes.

Seguindo a trilha do Direito Internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta o conceito mais ampliado de saúde, considerando essa não apenas a ausência de doenças, mas um completo conjunto de bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, a legislação brasileira elabora a estrutura de oferta dessa política para a população no país. Para esse processo a Reforma Sanitária e Psiquiátrica apresentam instrumentos estruturais que foram agregados e resultaram na proposta de saúde e saúde mental que temos hoje. Enfatizamos a importância desses movimentos na construção dessa política, pois, como sinaliza Paim (2008), foi a partir desses movimentos que a política pública de saúde ganhou impulso.

A participação desses movimentos (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica) através da cobrança ao Estado, no período de redemocratização, por uma sociedade que preze minimamente pelo bem-estar físico, mental e social, foi crucial para a construção da política

---

<sup>21</sup> No sistema Beveridgiano os direitos possuem caráter universal, destinados a todos, sem nenhuma discriminação, e que garantem os mínimos sociais a todos que estejam em condição de necessidade. Já no sistema Bismarkiano os benefícios se destinam apenas a trabalhadores formais com prévia contribuição, que em momentos de risco social necessitem de algum auxílio. (BOSCHETTI, 2004).

de saúde mental infantojuvenil que se delineou nas últimas décadas. O Estado passa a ser o principal responsável pela elaboração e oferta das ações e serviços no âmbito da saúde em todo território nacional. A partir disso, é pensada uma rede pública de atendimento à saúde, regionalizada e hierarquizada. Assim, nasce com a Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), pensado como uma filosofia universalista, inspirada nas experiências europeias, sobretudo a italiana<sup>22</sup>. E para o funcionamento desse sistema (que engloba a saúde e saúde mental Infantojuvenil) são promulgadas as Leis nº 8.080/1990<sup>23</sup> e a nº 8.142/1990<sup>24</sup>, nomeadas como Leis Orgânicas de Saúde.

Acerca do financiamento do SUS é de suma importância destacar que, com a Constituição Federal de 1988 e as Leis acima citadas, foram definidos critérios de distribuição de recursos para cada região e também a forma como se daria o repasse das verbas destinadas ao sistema a partir das esferas federal, estadual e municipal. Ressaltamos que o financiamento é advindo das ações tributárias dos cidadãos, através do pagamento de impostos como, por exemplo, IPVA, IPTU, IPI, e as colaborações a Seguridade Social (SOUZA, 2018), cabendo à primeira Emenda Constitucional (EC nº 29 de 2000), juntamente com a Lei Complementar nº141/2012<sup>25</sup> estabelecer o percentual de contribuição de cada esfera.

De acordo com a EC nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, o município deve contribuir com 15% de toda sua arrecadação em impostos; o estado 12% e a União, por sua vez, investiria o valor gasto no ano anterior somado a variação do PIB (SOUZA, 2018). Cabe citar que a Lei Complementar nº141/2012 caracteriza o que são ações e serviços de saúde com o intuito de evitar desvios de investimento. A problemática presente nesse caso é justamente o cumprimento dessa EC, pois o Estado e a União falham em suas contribuições e responsabilizam os municípios pelos investimentos. Destacamos que essa nossa análise é importante para posteriormente compreendermos algumas das ofensivas neoliberais de desmonte e privatização dos serviços de saúde no país.

---

<sup>22</sup> Enfatizamos que nesse sistema temos inúmeros arranjos organizativos que abarcam a saúde mental infantojuvenil de forma mais específica, contudo essa discussão será abordada de forma mais aprofundada ao longo dos capítulos do nosso estudo.

<sup>23</sup> Lei 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990). Para maiores aprofundamentos ver lei completa em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

<sup>24</sup> A Lei Nº 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990). Para maiores aprofundamentos ver lei completa em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

<sup>25</sup> Para ver na íntegra a Emenda Constitucional nº29/2000 e a Lei Complementar nº141/2012 acessar: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm); [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).

Ao longo da década de 1990 começam a ser implantadas no país ações e serviços de saúde nunca vistos anteriormente, conquistados através da luta de segmentos da sociedade e expressos na Carta Magna de 1988. Todavia, em paralelo a essa conquista tão importante, logo se delineia um processo de ajuste do Estado - o que Behring (2008) denomina de “contrarreforma” - em resposta à crise estrutural do capital. As medidas neoliberais de contenção dessa crise se configuram totalmente regressivas em relação aos direitos sociais - inclusive a saúde - até então conquistados.

É de suma relevância destacar que o processo de contrarreforma possui particularidades a depender do plano e dos princípios ideológicos da organização política de cada governo que exerce a administração do Estado em cada momento. Isso se dá, pois os governos são compostos por pessoas que compõem determinados partidos, pessoas essas que são movidas por ideologias<sup>26</sup> que estruturam seus planos de governo nas diversas esferas, assim como seu plano econômico, de desenvolvimento social, humano.

O que queremos destacar é que, desde sua gênese, a política de saúde e saúde mental vem percorrendo caminho que ora avança, ora regride, dependendo do governo que a administra e de sua ideologia política. Com base nisso, para apreendermos algumas particularidades da política de saúde e saúde mental ao longo desses 32 anos de implementação do Sistema Único de Saúde, traçaremos algumas considerações acerca dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), Dilma Rousseff (2011-2016), e Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-atual).

### **1.2.1 Governo FHC (1995-2003)**

No Brasil, o neoliberalismo veio ganhando espaço aos poucos como uma alternativa à crise econômica. Sua chegada se deu no governo de Fernando Collor de Melo, mas logo o impeachment encerrou seu processo como condutor do projeto neoliberal no país, entretanto, nada impediu que essa teoria econômica fosse implantada no decorrer dos anos subsequentes.

Na próxima corrida eleitoral pela presidência do Brasil após a saída de Collor, dos dois projetos políticos propostos, o ideário neoliberal estava fortemente presente em um deles. De um lado tínhamos o candidato Luiz Inácio Lula da Silva, pelo Partido dos Trabalhadores

---

<sup>26</sup> Marilela Chauí (2006), em *O que é ideologia*, desfaz a suposição de que ideologia é um ideário qualquer, afirmando que o conceito carrega consigo um cunho social, histórico e político, bastante utilizado para ocultar a realidade e manter a desigualdade e a exploração. Para maiores aprofundamentos sobre o assunto ver obra de Chauí (2006) na íntegra em: [http://www.sergiofreire.pro.br/ad/CHAUI\\_OQI.pdf](http://www.sergiofreire.pro.br/ad/CHAUI_OQI.pdf).

(PT)<sup>27</sup>, que tinha como meta a ampliação do mercado interno visando agregar a massa de excluídos do país ao consumo, a ampliação da democracia no âmbito da política para os campos social, econômico e cultural, assim como a presença do Estado controlado de forma democrática em setores estratégicos fundamentais. De outro lado, tínhamos Fernando Henrique Cardoso<sup>28</sup>, pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)<sup>29</sup>, que propunha a continuidade do ideário neoliberal, e por esse motivo teve um enorme apoio de partidos políticos, do empresariado e de setores conservadores da sociedade brasileira. O resultado dessa eleição, como já sabemos, foi a vitória da proposta neoliberal de austeridade de FHC.

A posse de Fernando Henrique Cardoso se deu em 1º de janeiro de 1995 e seu mandato se encerrou em 1º de janeiro de 2003 (cumprindo assim, dois mandatos). No primeiro ano de FHC na presidência foram adotadas algumas medidas que, segundo Negrão (1996, p.8), já caracterizam tal governo como de cunho neoliberal.

A primeira medida característica diz respeito aos estudos no Ministério do Trabalho para permitir a precarização legal da contratação de trabalhadores. A segunda trata das reformas propostas pelo governo, como as da Previdência, Administrativa e da área econômica, reformas estas que intentam abrir espaço para o mercado, diminuindo o papel do Estado. A terceira característica, nas palavras de Negrão (1996, p.8), trata que:

Sofremos de “executivismo”: nunca antes o Executivo legislou tanto, seja por meio das medidas provisórias ou de projetos enviados ao Congresso. Ao mesmo tempo, se procura evitar que a oposição modifique determinadas medidas, através do fim dos chamados destaques de votação em separado.

Além disso, ainda de acordo com Negrão (1996), outras características foram: o programa de privatizações que seguiu em marcha acelerada durante seu governo, a taxa de juros, mantida excessivamente alta, ao lado da abertura ao capital financeiro internacional, e além dessas, a falta de medidas protecionistas leva de roldão setores inteiros da economia brasileira, como calçados, têxteis e autopeças.

---

<sup>27</sup> O PT é um partido político brasileiro fundado em 10 de fevereiro de 1980, integrando um dos maiores movimentos de esquerda da América Latina.

<sup>28</sup> Conhecido como FHC, é sociólogo e foi professor de Sociologia da Universidade de São Paulo (USP). Sua produção intelectual voltou-se para a discussão acerca do desenvolvimento dos países da América Latina, tendo se notabilizado como um dos teóricos da chamada “teoria da dependência”. Foi um dos colaboradores da fundação do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), partido ao qual é filiado até os dias de hoje.

<sup>29</sup> O PSDB é um partido político brasileiro fundado em 25 de julho de 1988, de centro, surgindo entre a social-democracia, a democracia cristã e o liberalismo econômico e social.

Cabe citar que FHC encontrou solo fértil para as reformas orientadas ao mercado no contexto que chegou ao poder executivo do Brasil. O principal documento orientador dessa “reforma” foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE)<sup>30</sup>.

De fato, FHC não foi a única figura responsável pela expansão e implantação do pensamento neoliberal no país, cabendo destacar que outros nomes que compunham o governo naquele momento contribuíram para a efetivação desse ideário. É nesse momento que entra em campo Luiz Carlos Bresser Pereira<sup>31</sup>, atuando na tutela do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e que consegue desenvolver o PDRE.

A principal justificativa que Bresser apresentava para o seu projeto era a necessidade de uma reforma na administração pública brasileira devido à crise que se encontrava o país naquele momento e o PDRE explicitava bem o quanto o modelo adotado pelos governos anteriores, que visava alguma interferência estatal no setor produtivo, era ineficaz social e economicamente.

Consoante Silva (2019), para o PDRE, o Estado se sobrecarregava com demandas excessivas, especialmente na área social, o que resultava em uma deterioração dos serviços e seria a partir desses elementos que a ideia de instrumentalizar a reforma do aparelho do Estado pautada em bases racionais e modernas ganharia rosto, isto é, “a introdução, na administração pública, de uma cultura e de técnicas gerenciais modernas voltadas para o uso eficaz e eficiente dos recursos” (SILVA, 2019, p.32).

Nessa perspectiva, o Estado com seu papel redefinido, como traz o PDRE, “deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995, p.12). Além disso, promoveria uma descentralização para o setor público não estatal, através das Organizações Não Governamentais (ONGs), e os principais serviços elencados pelo Plano trataram dos campos da saúde, educação, cultura e da pesquisa científica.

Nessa direção o Estado seria um agente estimulador, financiador e coordenador de políticas públicas e deixaria de ser produtor de serviços. Além disso, para o PDRE, promover tais reformas era urgente para resgatar a autonomia do Estado e a sua capacidade de

---

<sup>30</sup> O Plano Diretor da Reforma do Estado foi aprovado depois de uma ampla discussão pela Câmara da Reforma do Estado, em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida, foi submetida ao Presidente da República, que o aprovou em novembro do mesmo ano.

<sup>31</sup> Professor emérito da Escola de Economia de São Paulo. É presidente do Centro de Economia Política e editor da Revista de Economia Política desde 1981. Doutor e livre docente em economia pela Universidade de São Paulo. Foi Ministro da Fazenda (José Sarney - 1985/1990), Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, e da Ciência e Tecnologia (FHC - 1995/1999/1º mandato).

implantação de políticas públicas. Com isso, era considerado inadiável a adoção de algumas medidas como:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p.11).

Ou seja, essas seriam as soluções urgentes para a crise fiscal, pensadas pelos ministros da área econômica, especialmente os da Fazenda e Planejamento, focando na reforma da administração pública federal, com diretrizes que poderiam ser aplicadas no âmbito estadual e municipal.

De acordo com o PDRE, o ajuste do Estado envolve uma série de aspectos, como por exemplo, o ajuste fiscal. Esse devolveria ao poder estatal a capacidade de definir e implantar políticas públicas através da liberalização comercial e da transferência da produção para o setor privado. Essa busca incessante do deslocamento para o setor privado, a nosso ver, é justificada a partir do argumento frágil e débil de que a privatização resulta em uma forma mais eficiente de realização do serviço e da produção.

O PDRE acentua sua crítica à forma de administração pública caracterizando-a como burocrática, rígida e ineficiente. E alega que o governo brasileiro não precisava de “governabilidade”, isso é, de poder para governar, mas enfrentava uma questão de “governança”, no instante em que sua capacidade de implementar políticas públicas se tornava limitada pela ineficiência do setor administrativo.

Cabe enfatizar que a própria Constituição de 1988 era considerada pelo PDRE algo negativo, explícito no documento como “retrocesso de 1988”, pois de acordo com a visão do PDRE a Carta havia engessado o poder público e gerado um “novo populismo patrimonialista” (BRASIL, 1995, p.20).

A proposta “modernizadora” do PDRE apresentava também um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não estatal e privada. No Quadro 1, a seguir, podemos entender de forma mais clara a divisão dessas formas “modernas” de propriedade estatal:

## QUADRO 01

Caracterização das formas de propriedade segundo o PDRE

PROPRIEDADE	CARACTERÍSTICAS
<b>Pública Estatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolve o uso do poder do Estado;</li> <li>• É regido por regras do direito público.</li> </ul>
<b>Público não-Estatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É de interesse público;</li> <li>• Não realiza lucro;</li> <li>• É permitida a parceria entre Estado e Sociedade Civil;</li> <li>• É regido pelo direito privado.</li> </ul>
<b>Privada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propriedade de particulares;</li> <li>• Realiza lucro;</li> <li>• É regulado pelo direito privado.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria baseado nos estudos de Maria Di Pietro (2010)

Além disso, o Estado só poderia atuar em atividades consideradas “Exclusivas”, e os “Serviços Não Exclusivos” estavam envolvidos diretamente com as novas formas de privatização do setor da saúde, ou seja, com o desenvolvimento de uma “burguesia de serviços na área da saúde”, como vem denominar Lima (2010, p.293). Este autor ainda apresenta a melhor forma de propriedade para os interesses do neoliberalismo:

Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a “pública não estatal”, porque nem é propriedade estatal, já que as instituições não exercem poder de Estado, nem propriedade privada, pois, como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, o Estado participa por meio de subsídio (LIMA, 2010, p.293).

Na saúde, o PDRE propunha uma “Reforma administrativa do sistema de saúde”. Todavia, ainda de acordo com Lima (2010), na realidade estava sendo proposto uma reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS, culminando, juntamente com a medida provisória n. 1.591, de 6 de novembro de 1997 - que originou a Lei 9.637/1998 -, num longo processo de terceirização dos serviços de saúde a partir de 1995, com o que

...eliminou-se a figura do servidor público, com a flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho; oficializou-se a dupla porta de entrada no Sistema Único de Saúde, ao permitir a celebração de convênios

com planos privados de saúde como meio de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; e comprometeu-se o serviço que antes era público com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício (LIMA, 2010, p.299).

Isto é: terceirização, desfinanciamento e precarização. O PDRE representou a abertura da desresponsabilização do Estado frente à saúde pública e todo esse processo configurou o que Lima (2010) denomina de “universalização do privado”.

O termo “reforma”, segundo Behring e Boschetti (2007), é utilizado de forma indevida pelos neoliberais, pois configura uma apropriação indébita e com caráter fortemente ideológico da ideia de “reforma” usada de forma pragmática como se qualquer alteração significasse reforma/mudança, “não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio histórica” (BERHING; BOSCHETTI, 2007, p.149).

Nesse viés concordamos com Berhing (2008) quando afirma que, no Brasil, se deu uma contrarreforma totalmente regressiva, antipopular, antidemocrática e antinacional, fragilizando a consolidação de direitos sociais conquistados ao longo das últimas décadas antes dos anos 1990. E, para além, cabe destacar, como afirma Rodriguez e Neto (2003), que após o governo Collor, no início da década de 1990, a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), de natureza abrangente e progressista, só foi possível porque o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte.

Ainda de acordo com o pensamento de Lima (2010), o golpe na saúde veio logo no ano de 1993, no governo de Itamar Franco (após assumir o cargo do executivo depois do impeachment de Collor), mediado por FHC quando esse ainda era ministro da Fazenda. FHC retirou a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do SUS para fazer frente às despesas previdenciárias, o que veio a diminuir os recursos que eram destinados ao pagamento pelos procedimentos realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que o Ministério da Saúde administrava desde 1990. Nessa ótica, notamos que o SUS já nasce num contexto de asfixia financeira, isto é, com recursos bastante limitados para a implementação de suas ações e serviços.

Além disso, ainda segundo o autor, a Secretaria da Receita Federal também não repassava recursos da Contribuição Social para o financiamento da Seguridade Social (Cofins), e isso se dava em razão da “... redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o Fundo Monetário Internacional e o

Banco Mundial em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social” (LIMA, 2010, p.283).

Todavia, com o governo de FHC, logo se abre possibilidades de implementação de tais medidas na recém-nascida política de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns elementos que podemos destacar para comprovar o ataque do governo FHC à política de saúde, de acordo com Silva (2019) são: a ampliação restrita do Programa de Saúde da Família (PSF) – hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) - em um único nível de atenção, devido ao seu parco financiamento, o que repercute nos indicadores de saúde e, por fim, a ampliação do mercado de serviços de saúde, assim como a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ano de 2000, responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar, ou seja, dos serviços privados de saúde.

Ainda de acordo com Silva (2019), é necessário elucidar que todas essas ações na área da saúde colaboram diretamente para a acumulação do capital, mediante a aquisição de equipamentos, proliferação de planos de saúde e assemelhados, além do interesse pelo valor disposto em recursos do fundo público da política de saúde, onde esse se torna alvo de disputa pelo setor privado.

Em suma, os dois mandatos do governo de FHC (1995-1998 e 1999-2002), para Lima (2011, p.287), foram marcados, principalmente, pela “sobrevalorização da moeda, elevação inédita da taxa de juros, redução dos gastos públicos na área social, dependência científica e tecnológica e reforma da aparelhagem estatal”.

Contudo, o PDRE não foi a única medida adotada pelo governo FHC. Durante seu governo, FHC apresentou diversas Emendas Constitucionais (ECs) que configuraram retrocessos na política de saúde, como por exemplo, a Lei nº 9.637/1998 que institui as Organizações Sociais (OSs), os Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização; e a Lei Nº 9.790/1999 que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

As Organizações Sociais conseguem materializar os objetivos da contrarreforma do Estado proposto pelo PDRE, pois são associações privadas sem fins lucrativos que recebem subvenção do Estado para prestação de serviços, no caso estudado, os serviços de saúde. Isso resulta num afastamento do SUS legalmente instituído, propiciando processos de privatização e desmonte do sistema como público em sua totalidade.

Referente à saúde mental é importante frisar que vivemos, a partir de 1992, a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção

acompanhada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica<sup>32</sup>. Decorrente da Declaração de Caracas (1990)<sup>33</sup> e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), passam a vigorar as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços substitutivos de atenção diária fundada nas experiências dos primeiros CAPS e primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A problemática presente na década de 1990 para a política de saúde mental foi justamente a escassez de normatizações do Ministério da Saúde que regulamentassem os novos serviços de atenção diária, além da não instituição de uma linha específica de financiamento, especialmente para os CAPS. Somente no ano de 2001, após longos 12 anos de tramitação no Congresso, foi que o projeto de Reforma Psiquiátrica apresentado pelo deputado Paulo Delgado foi sancionado no país, transformando-se na lei 10.216/2001<sup>34</sup>, conhecida como Lei Paulo Delgado, em homenagem ao seu idealizador. Somente a partir dessa lei é que linhas específicas de financiamento foram construídas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram elaborados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no Brasil.

Com relação à saúde mental Infantojuvenil cabe destacar que esse setor ficou esquecido/invisibilizado até o ano de 2002, ano em que o Ministério da Saúde somente veio instituir os Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi)<sup>35</sup>. Isto é, mesmo essa década sendo marcada pelas conquistas de direitos das crianças e adolescentes onde passam a ser consideradas sujeitos de direitos através da CF/1988, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre tantos outros aparatos normativos, ainda sim perdurou invisível a problemática da saúde mental de forma específica para o público Infantojuvenil.

De modo geral, o governo FHC gerou modelos privatizantes de gestão após aderir de forma integral ao receituário neoliberal, e esses tem sido responsáveis pelo deterioramento dos elementos constitucionais da saúde pública, como afirma Silva (2019). Com isso, o SUS instituído na Constituição se torna cada vez mais distante do SUS operacionalizado nos serviços de saúde e saúde mental Infantojuvenil, haja vista que vem sendo gestada a

---

<sup>32</sup> A discussão sobre o processo de desenvolvimento dos CAPS, sobretudo os CAPSi, será realizada com maior ênfase nos capítulos subsequentes.

<sup>33</sup> A Declaração de Caracas representa um grande marco para as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Segundo Machado (2003) essa Declaração trata do documento intitulado: *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, divulgado em 1990 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

<sup>34</sup> A Lei 10.216 de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Tal lei será abordada de forma mais aprofundada posteriormente ao longo desse estudo.

<sup>35</sup> Durante a continuação dos nossos capítulos iremos abordar os CAPSi de forma mais aprofundada.

consolidação dos vários processos privatizantes o que implica em um enorme desmonte do sistema.

A partir do nosso objeto de estudo, realizamos com base em nossa pesquisa, de forma específica na política de saúde, um resumo que trata do processo político de gestão da política pública e da agenda da saúde durante o governo de FHC. Vejamos o Quadro 02:

## QUADRO 02

### Processo político e a agenda da saúde no governo de FHC

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – FHC (1995-1998; 1999-2002)</b>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da saúde</b>
<b>Adib Jatene - sem partido (jan/1995-nov/1996):</b>	Conflitos com autoridades econômicas; Negociou com Congresso nova contribuição para financiar a saúde (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira -CPMF); Realizou a X Conferência Nacional de Saúde (1996) e participou do Conselho Nacional de Saúde;	Adoção do Programa Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção básica em saúde; Continuidade e expansão de políticas tradicionais de saúde pública; Formulação da Norma Operacional Básica (NOB 1996) – mudanças nos critérios de descentralização, financiamento e organização do sistema.
<b>Carlos Albuquerque – PSDB (dez/1996-mar/1998):</b>	Ministro com limitado poder político no governo e junto à maior parte dos atores do setor saúde; Evitou conflitos com a Presidência e autoridades econômicas.	Adesão à agenda de contrarreforma do Estado e ênfase na eficiência da gestão e na descentralização.
<b>José Serra – PSDB (mar/1998-fev/2002):</b>	Ministro economista, com poder político no governo – administração longa e estável; Deixa o cargo para disputar as eleições presidenciais de 2002; Dirigentes de primeiro escalão – economistas e sanitaristas ligados politicamente ao governo, mas reconhecidos no setor saúde; Aprovação da Emenda Constitucional no 29/2000.	Continuidade de políticas tradicionais de saúde pública e na política de AIDS; Emissão da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS/01/2002); Assistência farmacêutica – proliferação, fragmentação e descentralização de programas; expansão de gastos com medicamentos de alto custo; programa de genéricos; Criação da Anvisa e de planos privados de saúde (ANS); Saúde Mental - Lei 10.216 de 2001.
<b>Barjas Negri – PSDB (fev/2002-dez/2002):</b>	Mantém boas relações com a Presidência e autoridades econômicas; Administração transitória (ano eleitoral).	Predominância de continuidades nas políticas prévias.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Notemos a passagem de 4 (quatro) figuras pelo Ministério da Saúde, todos homens, brancos, e três deles filiados ao PSDB. Não tivemos muitos conflitos com autoridades econômicas e com a presidência. E apesar da adoção de algumas estratégias voltadas para a atenção básica, não houve discussão ou medidas voltadas ao financiamento da política de saúde. No campo da saúde mental Infantojuvenil somente no ano de 2002 temos início da inclusão de crianças e adolescentes na agenda das políticas de saúde. No entanto, ocorreram inúmeras medidas neoliberais direcionadas aos interesses do capital privado, configurando-se, assim, o início de um avassalador processo de contrarreforma na saúde.

### **1.2.2 Governo Lula (2003-2010)**

No documentário *Era dos Gigantes*<sup>36</sup>, é citado que Lula poderia tanto ter sido o porta-voz da mensagem de que outro mundo é possível, como ao mesmo tempo ele podia ter sido “o queridinho” dos mercados. Segundo a análise do filme, ele foi ambos.

Com base nisso, dada complexidade de análise das particularidades dos governos Lula, é relevante destacar que os autores abordados neste tópico que se dedicam a estudar o governo Lula, seja no seu primeiro e segundo mandato, apresentam diversos posicionamentos quanto a política econômica de tal governo. Uns atribuem uma definição de governo voltado para continuidade dos ideais neoliberais; outros, apontam tal governo como sendo neodesenvolvimentista, e há até os que atribuem ambas as características. Além disso, nossa análise leva em consideração as particularidades de cada mandato, pois houve mudanças significativas entre o primeiro e o segundo, assim como veremos.

O que salientamos com isso é que há inúmeras nuances em relação às interpretações acerca da política econômica do governo Lula no Brasil. Diante disso, nesse tópico, dada a complexidade da análise, levantaremos discussões e traremos subsídios que nos auxiliarão para uma revisão mais apurada sobre como se deu a política econômica e agenda do governo Lula frente nosso objeto de estudo, a política de saúde e saúde mental.

A priori, a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) em outubro de 2002 e sua posse no ano de 2003 significou um marco político na história do Brasil, justamente por sua luta política representar interesses da classe proletária. Todavia, no campo da saúde, a esperança pela retomada do projeto da Reforma Sanitária e a efetivação do Sistema Único de Saúde não

---

<sup>36</sup> “Era dos Gigantes” é um documentário brasileiro de 2016, disponível no Amazon Prime e dirigido por Mauricio Costa e Roteiro Antonio Amoedo que trata sobre os oito anos (2003-2010) da política externa do governo do presidente Lula.

ocorreu como esperado. Isso se deu, como salienta Soares (2010), devido às alianças e vínculos com o grande capital nacional e internacional, o que foi explicitado ainda no seu primeiro mandato, de forma que o governo Lula não apresentou as bases de um projeto de fato transformador.

Lula - que foi dirigente sindical e fundador do Partido dos Trabalhadores (PT), eleito após sua quarta campanha presidencial - juntamente com Celso Amorim, na época Ministro das Relações Exteriores, acreditavam num outro tipo de globalização, isso é, outra forma de ingresso no sistema internacional. Mas qual seria? Lula e Celso Amorim buscaram regionalizar a posição do Brasil, criando restrições à globalização, tanto nas negociações comerciais como nas questões financeiras; porém, a posição do país nesse momento foi claramente proativa frente à Organização Mundial do Comércio (OMC), o que demarca uma abertura ao ideário neoliberal em uma forma não tão intensa quanto no governo FCH, mas ainda sim existente.

É de suma importância destacar que o contexto econômico brasileiro reverberava um novo ciclo recessivo nesse período, como salienta Seki (2015). Com isso, o discurso de crise foi utilizado como forma de justificativa da política econômica adotada por Lula no primeiro mandato.

Contudo, em seu discurso de posse no dia 01 de janeiro de 2003, Lula enfatizou que buscaria soluções pacíficas para saída das crises, com base no diálogo e preceitos democráticos e normas constitucionais. De fato, tivemos propostas inovadoras que foram implantadas e não podemos deixar de citar tais medidas que estão em sintonia com as propostas da RSB, como por exemplo: a realização da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde; a criação do *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (SAMU), para o atendimento em domicílio; construção da Política de Saúde Bucal por meio do *Programa Brasil Sorridente*, que ampliou o atendimento odontológico com procedimentos preventivos e de complexidade; e a elaboração do *Programa Farmácia Popular*, que promoveu acesso da população a medicamentos com valores mais baixos, até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental. No entanto, quanto ao *Programa Farmácia Popular*, cabe destacar que, a partir de 2005, as farmácias do âmbito privado passaram a ter autorização para operá-lo. Nisso notamos que há um misto de propostas da RSB e dos interesses de outros projetos em confronto, como o caso dos projetos privatizantes, e com isso podemos expressar que houve um processo de tensionamento que perpassa a política de saúde durante o governo Lula.

Esse processo de tensionamento é resultado de condições históricas de um sistema político impermeável, como afirma Singer (2012), com a classe burguesa na posição de dominante, exercendo uma frequente pressão sobre o Estado brasileiro. No ano de 2003, a necessidade de garantir a governabilidade diante das pressões exercidas pelas elites dominantes nacionais e da premência em recuperar a credibilidade do país junto ao capital internacional fez o governo Lula adotar medidas que não confrontassem os interesses do grande capital. Como cita Vasconcelos (2011), a conjuntura política, econômica e social, registrou um momento de embate entre os diversos atores políticos presentes nessa cena.

Isso fez com que o governo Lula começasse a dar sinais de que a esperança de ruptura com os ideais neoliberais de FHC não ocorreria de fato, como afirma Leda Paulani (2003, p.73) em sua análise a respeito do primeiro ano da política econômica do primeiro mandato de Lula, de forma que tal governo foi ficando “parecido com outro capítulo da era FHC, o mais melancólico decerto”. Isto é, no governo Lula, houve, ainda segundo a autora, uma inclinação à política econômica liberal. Com isso levantaremos pontos importantes para nossa pesquisa e compreensão acerca desse governo e, se houve e/ou como se deu, o processo de continuidade da contrarreforma no país nesse período.

Segundo Soares (2010), a partir desse momento na Política de Saúde no Brasil há fundamentalmente três grandes projetos em disputa, que são: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da RSB. Nas palavras de Soares (2010, p.53), “o projeto do SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta”. Com base nisso, podemos pensar que esse projeto, na realidade, tendeu a favorecer a expansão de espaços para o projeto privatista, devido ao forte embate de forças presente na cena política.

Outra ação relevante implementada ainda nesse primeiro mandato Lula, que merece explanação, se deu no âmbito da gestão da saúde: o *Pacto pela Saúde*. Tal Pacto trouxe mudanças qualitativas importantes. Como elucida Meniccuti (2011), trata-se de um conjunto de reformas institucionais entre as três esferas do governo que incluem: o *Pacto pela Vida*, reforçando no SUS o movimento da gestão pública por resultados; o *Pacto em Defesa do SUS*, expressando um movimento de responsabilização pela saúde, com mobilização social incluindo a regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional; e o *Pacto pela Gestão do SUS*, valorizando a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo.

Consoante Jória Guerreiro e Maria Branco (2011), esses pactos são mecanismos de gestão que compreendem um movimento amplo de reestruturação do Estado brasileiro e que vem ocorrendo nas últimas décadas através da consolidação da democracia, da reconstrução do federalismo e da reforma do Estado. O *Pacto pela Saúde*, articulado ao movimento de reestruturação do Estado, no entanto, ao contrário das medidas contrarreformistas de desmonte da saúde pública, ainda segundo as autoras, configurou avanços na política de pactuação e gestão do SUS.

Porém, nas palavras de Guerreiro e Branco (2011, p.1697): “A consolidação da política de pactuação, assim como de qualquer política pública em países democráticos, é um processo dinâmico, que envolve negociação e articulação permanentes entre os atores e as instâncias envolvidas.”. Isto é, o *Pacto pela Saúde* exige um permanente processo para sua garantia como algo fortalecedor para o SUS.

Referente ao campo da saúde mental, nesse primeiro mandato, ainda no ano de 2003, a Lei nº 10.708 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial com intuito de garantir assistência, acompanhamento e integração social dos sujeitos acometidos com problemas mentais que se encontravam em hospitais psiquiátricos. Esse auxílio foi parte integrante do programa *De Volta Para Casa*, com finalidade de efetivar a desinstitucionalização desses sujeitos.

Em janeiro de 2004, a Portaria nº 52 instituiu o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS*, o que deu impulso à Reforma Psiquiátrica na busca pela desospitalização e a expansão dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Essas iniciativas configuraram um forte instrumento para a mudança da assistência psiquiátrica hospitalar no país, pois permitiram a redução dos leitos e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Durante esse mandato, mais especificamente no ano de 2005, foram instituídas a Portaria nº 245, que destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial, e a Portaria nº 246, que destina incentivo financeiro para introdução de Serviços Residenciais Terapêuticos. Em 2006, a Portaria nº 1.876 institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e a Lei nº 11343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Referente à Saúde Mental Infantojuvenil a Portaria GM nº 1947, de outubro de 2003, aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, o qual prevê a implantação de 70 unidades de CAPSi em municípios estratégicos até o ano de 2004 (BRASIL, 2004). Cabe destacar que essa medida teve base na prevalência crescente de “transtornos psicossociais” em crianças e adolescente ao longo

desses anos, o que resultou em uma “pressão”, especialmente por parte de órgãos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Mundial de Saúde Mental.

Outra medida importante para esse campo durante o primeiro governo Lula ocorreu no ano de 2004 quando Ministério da Saúde instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com apoio de setores governamentais e não governamentais, visando construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma Política Pública de Saúde Mental dirigida a esta população (BRASIL, 2005).

Ou seja, tivemos alguns avanços no campo da saúde mental nesse momento da história – mesmo que ocasionados devido a forte pressão internacional - o que não podemos deixar de levar em consideração, tendo em vista a complexidade da organização das ações e serviços de saúde mental por todo o país nesse período.

Vejam a seguir uma síntese do contexto econômico e político do governo Lula nesse primeiro mandato:

### QUADRO 03

Síntese do contexto Econômico e Político do governo Lula (1º mandato)

<b>SÍNTESE DO CONTEXTO ECONÔMICO E POLÍTICO DO 1º MANDATO DE LULA (2003-2006)</b>	
<b>CONTEXTO ECONÔMICO</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>
2003-2005 – baixo crescimento econômico; Piora nas contas externas resultantes dos mantados de FHC; Adesão de medidas neoliberais; Reforma da previdência, privatizações; Vínculos com o capital.	2003-2005: criação de novos ministérios e secretarias nacionais; definição de prioridades por áreas; muitos ministérios ocupados por filiados ao PT; 2005-2006: crise política e mudanças na coalizão política e alto escalão governamental; Reeleição de Lula.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Dado o cuidado de análise do governo Lula a partir das particularidades de cada mandato de forma minuciosa, apresentamos inicialmente nosso resumo do primeiro mandato de tal governo, no quadro referente a síntese do processo político e da agenda da saúde, como podemos ver no quadro a seguir:

## QUADRO 04

Processo político e a agenda da saúde no governo Lula 1º mandato

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO LULA</b> <i>1º Mandato (2003-2006)</i>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da saúde</b>
<b><i>Humberto Costa – PT (jan/2003-jul/2005)</i></b>	Composição do primeiro escalão do Ministério considera coalizão governamental; Discurso de mudanças e ênfase na gestão participativa; Conflitos internos no primeiro escalão; Antecipação da XII Conferência Nacional de Saúde (2003);	Mudança de estrutura do ministério, com a criação de novas secretarias (de Vigilância em Saúde, de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão Participativa) voltadas para as áreas estratégicas e unificação da Secretaria de Atenção à Saúde; Definição de marcas de governo na saúde (ex: Brasil Sorridente, SAMU, Farmácia Popular) Elaboração do Plano Nacional de Saúde (2004-2007); Lei nº 10.708/2003 – Auxílio-reabilitação psicossocial – Programa De Volta Para Casa; Portaria GM nº 1947/ 2003, aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência; Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil.
<b><i>José Saraiva Felipe – PMDB (ago/2005-fev/2006):</i></b>	Recomposição da base de apoio do governo após crise de 2005 influencia a escolha de Ministro da Saúde; Recomposição do primeiro escalão; saída de dirigentes ligados ao PT; Saída do Ministro para disputar as eleições na Câmara dos Deputados.	Continuidade nas políticas governamentais prioritárias. Início de mudanças na condução de algumas áreas da política em relação ao período 2003-2005 (ex: área de educação em saúde) e maior ênfase na centralidade de algumas estratégias (ex: Saúde da Família).
<b><i>Gestão José Agenor A. da Silva – Sem partido (fev/2006-mar/2007):</i></b>	Secretário executivo assume o cargo de Ministro com o apoio intrasetorial, porém menor força política. Período de interinidade e disputas pelo cargo de Ministro.	Continuidade nas políticas governamentais prioritárias e em relação à gestão anterior; Finalização e divulgação do <i>Pacto pela Saúde</i>

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Pudemos ver que o primeiro mandato do governo Lula possuiu 3 (três) ministros homens, brancos, um deles filiado ao PT, um ao PMDB, e o outro sem partido. A partir de 2005, ocorre uma disputa pelo Ministério. Quanto a agenda da saúde, houve criação de inúmeras secretarias e criação do *Pacto Pela Saúde*, porém não houve discussão sobre o financiamento da saúde. E quanto à Saúde Mental Infantojuvenil tivemos a Portaria GM nº

1947/2003 que aprovou o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência e a criação do Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil.

No segundo mandato de Lula, especialmente resultante da ascensão de Guido Mantega ao Ministério da Fazenda em 2006, como salienta Singer (2012), o neodesenvolvimentismo<sup>37</sup> foi favorecido em detrimento do neoliberalismo. Todavia, referente à política de saúde, como salienta Silva (2019), embora no primeiro mandato seja evidenciada uma abertura para as 43 propostas da RSB, no segundo mandato destacaram-se as propostas hegemônicas do SUS possível, através dos determinantes em saúde, bem como da articulação com o desenvolvimento e uma abertura maior ao projeto privatista através das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). E esse fato pode não ter inaugurado um novo processo de contrarreforma avassalador como no governo FHC, mas teve impactos negativos na proposta de um SUS efetivamente público.

Alguns exemplos de reformas administrativas que enquadraram políticas públicas aos moldes neoliberais foram as Organizações Sociais (OSs) e as Parcerias Público-Privadas (PPPs). As PPPs, de acordo com Mazetto (2015) são um instrumento de política pública de um Estado neoliberal, isso porque, são mecanismos jurídicos que possibilitam parcerias entre setores públicos e agentes privados, delegando atribuições que devem ser do Estado a setores privados. Ou seja, “Trata-se de uma forma não manifesta ou direta de privatização, com o objetivo de proporcionar novos e rentáveis espaços econômicos para o mundo burguês e seu “empreendedorismo” lucrativo” (MAZETTO, 2015, p. 15).

Além dessas temos as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), que apresentam um novo modelo de gestão dos serviços públicos no âmbito do SUS. Isto é, uma espécie de gestão privatizada do sistema, e o governo Lula deu continuidade a elas. Segundo Cardoso e Campos (2013), um dos componentes negativos das FEDPs consiste no “direito” que essas adquirem de não contribuírem com o fundo público estatal, o que configura uma ofensiva ao financiamento da Seguridade Social e conseqüentemente agrava o subfinanciamento do setor da saúde. Além disso, no projeto das FEDPs, o controle social seria realizado nos marcos do controle corporativo, ou seja, no modelo de uma grande empresa e não baseado nos princípios norteadores do SUS. A problemática é que o direito privado é quem rege as FEDPs, e essas

---

<sup>37</sup> Segundo Gonçalves (2012), o novo desenvolvimentismo (neodesenvolvimentismo) tem como foco o crescimento econômico juntamente com a redução da desigualdade, e coloca ênfase especial em políticas macroeconômicas. Para uma compreensão mais aprofundada sugerimos a leitura de: GONÇALVES, R. “Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado”. In: Scielo, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/03.pdf>.

apresentam regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) nas contratações dos trabalhadores.

Para Meniccuti (2011), houve poucas inovações nesse segundo mandato. Foi reafirmada a continuidade de programas elaborados ainda no primeiro mandato e enfatizou-se o aprofundamento e aperfeiçoamento dos aspectos básicos do sistema. Todavia, para autora, a exceção foi a ênfase no fomento à pesquisa, à produção de vacinas e medicamentos, e aquisição de equipamentos.

Contudo, ainda de acordo com a autora, é importante levar em consideração o contexto de despolitização da questão da saúde e de um debate que era restrito ao financiamento que não colocava na agenda os problemas estruturais do sistema. Não podemos deixar de citar que no ano de 2008 também ocorreu uma forte crise econômica de âmbito internacional, em que o Estado brasileiro, em resposta a essa crise, restringe a execução orçamentária da União, embora mantendo o orçamento da saúde como definido na EC nº29.

Quanto à saúde mental, nesse segundo mandato do governo Lula, tivemos no ano de 2008 a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), pela Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008 (revogada pela Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011) que recomendam a inclusão de profissionais de saúde mental na Atenção Básica e traz a criança no anexo 1 dessa portaria que trata sobre o Detalhamento das Ações, mas especificamente sobre as Ações de Saúde da Criança. É importante destacar que, assim como afirma Amarante (2000), os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico não são suficientes para avançar o processo da Reforma Psiquiátrica, tornando então os NASFs, assim como a Atenção Básica, papel central na construção de uma rede integral a esses usuários.

Também tivemos nesse segundo mandato do governo Lula a Portaria nº 1.190/2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). As crianças, adolescentes e jovens em vulnerabilidade social aparecem nessa Portaria como tendo prioridade no atendimento e acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde.

Quanto ao processo político e a agenda da saúde no segundo mandato de Lula podemos ver resumidamente alguns pontos importantes destacados no Quadro 05:

## QUADRO 05

Processo político e a agenda da saúde no governo Lula 2º mandato

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO LULA</b> <i>2º Mandato (2007-2011)</i>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da saúde</b>
<b>José Gomes Temporão – PMDB (mar/2007-dez/2010):</b>	Secretário de Atenção à Saúde, sanitarista e pesquisador da Fiocruz, assume o cargo de ministro sob descontentamentos de parlamentares de seu próprio partido (PMDB); Conflitos internos no primeiro escalão e saída do Secretário de Atenção à Saúde em 2008; Conflitos entre Ministério e o Conselho Nacional de Saúde; Realização da XIII Conferência Nacional de Saúde; 2007 – Senado vota pelo término da CPMF, na mesma semana em que Ministério da Saúde lança o Plano Mais Saúde, de investimento setorial.	Ampliação da agenda estratégica, com ênfase na promoção da saúde e nas relações entre saúde e desenvolvimento; Continuidade e expansão de políticas prioritárias; Elaboração em 2007 do Plano Mais Saúde (2008-2011); Portaria nº 1.190/2009-institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

O Ministério da Saúde em todo esse último mandato foi gerido por José Gomes Temporão, homem, branco, filiado ao PMDB. Mesmo em volta a conflitos internos, continua e amplia a agenda da saúde, porém, prevalece a ausência de discussões acerca do financiamento do SUS e de seus problemas estruturais.

Em suma, em seu estudo acerca da política de saúde nos dois mandatos do governo Lula, Telma Meniccuti (2011, p.524) afirma que “o governo Lula foi mais inovador na sua atuação sobre os condicionantes da saúde do que no aspecto endógeno da política de saúde”. Com isso, percebemos, ao analisar as particularidades do governo Lula na gestão da política de saúde, que foram adotadas medidas no processo contínuo de melhoramento do SUS, mas que permaneceu persistente o problema do subfinanciamento do sistema e a luta do setor privado pela apropriação da saúde.

Quanto a Saúde Mental Infantojuvenil, podemos destacar que houve algumas medidas de inclusão de crianças e adolescentes no tema da saúde mental. Entretanto ainda sim houve uma prevalência quanto à abordagem desse grupo quando se tratando do tema de uso de álcool e outras drogas.

Cabe destacar que a efetivação de um sistema público de saúde, como preza os princípios do SUS, sofre inúmeras limitações políticas advindas dos próprios traços estruturais do capitalismo e das relações de poder no Brasil. Sendo assim, nossa análise

reafirma que o governo Lula, envolto ao contexto social e econômico, se encontrou em um forte processo de tensionamento entre o projeto universalista e o projeto privatista, e esse confronto impactou diretamente a gestão do SUS em tal governo.

Vejamos então uma síntese do contexto econômico e político do segundo mandato do governo Lula no Quadro 06:

### QUADRO 06

Síntese do contexto Econômico e Político do governo Lula (2º mandato)

<b>SÍNTESE DO CONTEXTO ECONÔMICO E POLÍTICO DO 2º MANDATO DE LULA (2007-2010)</b>	
<b>CONTEXTO ECONÔMICO</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>
2006-2008 – crescimento econômico; 2008-2009 – crise internacional e adoção de políticas anticíclicas; Ênfase na estabilidade macroeconômica; 2007 - expansão de estratégias desenvolvimentistas.	2007-2010: maior peso do PMDB no governo; Estabilidade política; Crescentes índices de aprovação do Presidente e do governo.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

#### 1.2.3 Governo Dilma (2011-2016)

Em 2010 Lula deixa seu governo logrando eleger sua sucessora Dilma Rousseff, ex-Ministra das Minas e Energia e da Casa Civil. Ao vencer a eleição em segundo turno contra José Serra (PSDB), Dilma foi a primeira mulher a ocupar o cargo da presidência do Brasil, por dois mandatos (2011-2014; 2014-2016).

Ao contrário de Lula, Dilma se deparou com um contexto econômico e político desfavorável e, não podemos deixar de enfatizar que, na sociedade capitalista patriarcal que vivemos, o fato de uma mulher ocupar um cargo de poder no país já configurou campo propício para fortes embates dos setores capitalistas conservadores. Na esfera econômica, o prolongamento da crise internacional culminou na redução do ritmo de crescimento do país entre os anos de 2011 e 2014 e no âmbito político houve uma coalizão político-partidária ampla e heterogênea, com forte crescimento da presença do PMDB, favorecendo forças conservadoras ao longo desse período o que a nosso ver culminou na sua crise política de 2015/2016.

No governo Dilma a política de saúde novamente foi marcada pela continuidade de alguns programas e pela adoção de programas específicos. No primeiro mandato (2011-2014), o governo Dilma teve como marco a expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e

o *Programa Mais Médicos*, esse último trazendo polêmicas e muito desgaste para o governo devido a contratação dos médicos e médicas formados no exterior poderem exercer sua profissão sem Revalida<sup>38</sup> aqui no Brasil.

Durante todo primeiro governo questões-chave foram deixadas de ser tratadas de forma adequada, como, por exemplo, o financiamento do SUS e a regulação do setor privado. Ao final do ano de 2014 e início de janeiro, uma medida polêmica tomada pelo governo foi a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro. Isso se deu através da Lei 13.097 de janeiro de 2015, que altera a Lei 8.080/90 em um conjunto de decisões abrindo o mercado brasileiro à participação do capital internacional. A consequência dessa medida é a inviabilização do SUS como política pública de saúde ao reforçar uma assimetria entre os subsistemas público e privado. (FILIPPON, 2015).

De acordo com Silva (2019), um dos maiores desafios referentes à persistência por um SUS público e estatal foi vivenciado durante o governo Dilma, no instante em que houve uma enorme escala de modelos privatizantes de gestão como as OSs e as FEDPs. Na saúde a continuidade dos modelos privatizantes é expressa de maneira bastante forte na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pensada ainda no final do último mandato do governo Lula por meio da Medida Provisória N<sup>o</sup> 520, em 31/12//2010.

A finalidade da EBSERH foi reestruturar os Hospitais Universitários Federais (HUs) de maneira articulada com o Ministério da Educação. Para Lamenha (2020) tal empresa traz uma série de implicações para a política de saúde brasileira pois, como cita a autora, conforme Correia (2011),

a) possui autonomia gerencial e financeira sobre os bens públicos; b) simboliza um ataque a autonomia universitária quando desvincula os HUs das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), que deixa de ser um espaço de ensino e pesquisa; c) a contratação dos servidores ocorre por meio do regime CLT, cujos contratos são temporários com o prazo de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade; d) terão recursos advindos do fundo público estatal e não contribuirão com o mesmo, usufruindo ainda de imunidade tributária; e) os servidores passam a ter uma carga horária, processos de trabalho e de gerência determinados e controlados pela empresa, que também passaria a estabelecer metas de produtividade (LAMENHA, 2020, p. 11 *apud* CORREIA, 2011).

Além disso, ainda em sua análise, o estatuto da EBSERH consagra restrições referentes à participação dos segmentos dos trabalhadores e usuários do SUS no tocante ao

---

<sup>38</sup> Revalida é o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira, aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) desde 2011, em colaboração com a Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos. O exame avalia aptidão de médicos formados no exterior para exercício profissional no Brasil.

controle social. Sua proposta é um Conselho de Administração, representado apenas por um trabalhador, que sequer pode participar das reuniões que sejam relacionadas a assuntos sobre relações sindicais, benefícios, remuneração e vantagens.

O que é importante situarmos nesse instante é que essas formas de gestão privatizantes estão em consonância com o projeto neoliberal da contrarreforma do Estado. Além disso, representam perdas para a classe trabalhadora e favorecimento do setor privado, e esse último vem se apropriando cada vez mais do fundo público com o passar dos anos. Ao contrário, caberia ao Estado o papel de financiar e regular as políticas sociais públicas.

Tais modelos de gestão privatizantes pressupõem o repasse da gerência do pessoal, dos serviços, dos equipamentos e do patrimônio público para o setor privado, isso mediante “Contratos de Gestão” e da transferência de recursos públicos. Sob nossa ótica, isso nada mais é do que a privatização do público, a apropriação por um setor, denominado “não-Estatal”, do que precisamente o setor privado, trazendo implicações ao que é público, aos direitos sociais e trabalhistas já conquistados, como afirma Correia (2007).

De fato, ao abrirmos a Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 21, como salienta Souza (2018, p.88), veremos explícito que, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Entretanto, em seu artigo nº 24 fica claro que essa abertura só deve acontecer quando for comprovada a insuficiência de recursos públicos como meio de cumprimento da assistência. Além disso, ainda nesse mesmo artigo fica claro que dada a comprovação de insuficiência de recursos públicos, deverá ser priorizada instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, mediante contrato ou convênio.

Com base nisso evidenciamos o descumprimento da regra constitucional que determina a prestação de serviços do SUS diretamente pelo setor público, e assim como confirma Santos (2015), essa tentativa de por a iniciativa privada na condição de protagonista perpassa um confronto com o texto constitucional e com as próprias Leis Orgânicas da Saúde.

A saúde vem ocupando lugar de política pública que é visada constantemente pelo capital privado, se tornando um campo de conflitos em que é posta como mercadoria e fonte de lucro e a expressão concreta disso se dá na Medida Provisória (MP) nº 656 de 2014 que permitiu a entrada do capital estrangeiro para financiar a saúde. Por conseguinte também tivemos a Lei nº 13.097 que alterou o artigo nº 23 da Lei nº 8.080/90 ao autorizar a abertura ao capital estrangeiro na saúde no que diz respeito à sua oferta, abrangência, promoção dos serviços e sua gestão.

Entretanto, no contexto do governo Dilma, também foram implementadas ações de saúde que não podemos deixar de citar pelo fato de configurarem dimensões de relevância

para o SUS e para a população brasileira dependente desse sistema. Alguns exemplos são: 1) Implementação efetiva do Cartão SUS; 2) Rede Cegonha, que é um programa voltado para o acompanhamento das mulheres e crianças; 3) criação da Lei nº 12.732 de 2012 que delimita o prazo de até 60 dias para início do tratamento de pessoas acometidas por câncer; 4) criação do programa *Aqui tem Farmácia Popular*; 5) continuidade e implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS); 6) criação do programa S.O.S Emergências; 7) implementação do Melhor em Casa; 8) criação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero; 9) o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e; 10) a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Referente à Saúde Mental tivemos a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, assinada pelo Ministro Alexandre Padilha, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Segundo Amarante e Nunes (2018), a RAPS possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, ao adotar a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, e de suas famílias, aos pontos de atenção; e a garantia da 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.

Nesse momento as crianças e adolescentes ganham mais espaço, aparecendo no artigo 4º da portaria em três momentos: primeiramente apresentados como prioridade na RAPS; no artigo 7º que trata sobre os CAPS e; no anexo I que aponta a Unidade de Acolhimento (UA) – instituída pela Portaria nº 121/2012 - como modalidade de serviço. Todavia, é importante sinalizar que, um lugar de predomínio da criança na legislação em saúde mental que identificamos até então se deu na atenção ao uso de álcool e outras drogas<sup>39</sup>.

Entretanto, destacamos que a Unidade de Acolhimento (UA) é um serviço imprescindível para a proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes, como salienta Félix (2016), uma vez que se destina ao acompanhamento dessa população com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Isso se dá devido ao seu eixo organizador apresentar questões importantes como a moradia, a educação, a convivência

---

<sup>39</sup> Como por exemplo, na Lei Federal nº 11.343/2006, a qual Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), na Portaria nº 1.190/2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), na Portaria nº 121/2012 que institui a Unidade de Acolhimento (UA) para 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 (BRASIL, 2011).

familiar e social, cultura, lazer, e acompanhamento de outros pontos de atenção, como por exemplo, o CAPS.

Em 2014 foi realizado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que publicou o documento em que apontava “Os desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da RAPS”. Em articulação com o Fórum, no mesmo ano, o Ministério da Saúde elaborou outro documento intitulado “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado”. Esses documentos ressaltavam a importância da garantia à saúde como direito fundamental para crianças e adolescentes, da constituição da RAPS, do papel da educação, da problemática do uso de álcool e outras drogas, da proteção social integral, entre outros (BRASIL, 2014). Com isso notamos que o tema saúde mental Infantojuvenil começa a ter uma maior visibilidade nas discussões no campo da política de saúde.

Porém, é importante destacar que, no campo da Saúde Mental durante o governo Dilma, mais precisamente no decorrer do ano de 2015, houve uma enorme intensificação da crise política e alguns acontecimentos tiveram repercussão de forma negativa no âmbito da política de saúde. É de suma importância destacar que o governo promoveu a substituição do coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Roberto Tykanori, reconhecido por sua militância na luta antimanicomial, pelo psiquiatra Valencius Wurch, ex-dirigente de hospital psiquiátrico no Brasil, que já havia declarado em entrevista ao Jornal do Brasil no ano de 1995 que era contra a “Lei Paulo Delgado”<sup>40</sup> e que retirar pessoas dos manicômios era algo “ideológico”<sup>41</sup>.

Assim como realizamos nossa análise dos governos anteriormente citados, de maneira sucinta, destacamos no Quadro 07 as principais características que demarcaram esse período do governo Dilma referente as particularidades do contexto político e às medidas presentes na agenda da política de saúde.

---

<sup>40</sup> A Lei 10.216/2001 que trata da proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais é conhecida por alguns como Lei Paulo Delgado.

<sup>41</sup> Ver notícia na íntegra em: <https://cartacampinas.com.br/2015/12/coordenador-de-saude-mental-do-governo-dilma-e-contra-reforma-manicomial/>

## QUADRO 07

Síntese do contexto Econômico e Político do governo Dilma

<b>SÍNTESE DO CONTEXTO ECONÔMICO E POLÍTICO DILMA ROUSSEFF (2011-2014; 2015-2016)</b>		
<b>MANDATO</b>	<b>CONTEXTO ECONÔMICO</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>
<b>1º MANDATO (2011-2014)</b>	Efeitos da crise internacional, com desaceleração econômica; Relativa preservação de indicadores econômicos até 2013; Discreta piora em 2014 com expansão de pressões por medidas de ajuste.	Ideias conservadoras e liberais, expressas na luta política no governo e na sociedade; Polarização e disputa acirrada na campanha presidencial de 2014, entre Dilma Rousseff e Aécio Neves (PSDB); Oposição da grande mídia à Presidenta.
<b>2º MANDATO (2015-2016)</b>	Conflitos entre projetos pró-ajuste e de manutenção da estratégia social-desenvolvimentista; 2015 – substituição de Ministro da Fazenda de perfil desenvolvimentista por um de perfil tecnocrático e associado ao sistema financeiro; Progressiva pressão para a contenção de gastos públicos.	2014-2015: crise política, caracterizada por: denúncias de corrupção em empresas estatais, atingindo membros do governo e do Congresso Nacional; Críticas a políticas governamentais; Redução do apoio do PMDB à Presidenta e queda da aprovação popular do governo; Abertura do golpe por meio do impeachment, afastamento temporário da Presidenta em maio e definitivo em agosto de 2016.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Vejamos que o contexto econômico e político do governo Dilma é marcado por forte crise política e econômica, conflitos, polarização, e uma enorme pressão por contenção dos gastos públicos. Houve também abertura a ideias conservadoras e tal governo teve fim com o golpe de 2016.

Além disso, destacamos no Quadro 08, referente ao processo político e a agenda da saúde em tal governo, algumas particularidades: três ministros homens, brancos, dois filiados ao PT e um ao PMDB. Vejamos a seguir:

## QUADRO 08

Processo político e a agenda da saúde no governo Dilma

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO DE DILMA ROUSSEFF (2011-2014; 2015-2016)</b>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da saúde</b>
<i>Alexandre Padilha – PT (jan/2011-fev/2014):</i>	<p>Jovem e liderança do PT com legitimidade na saúde; peso político moderado;</p> <p>Deixou o Ministério para disputar as eleições pra governo de São Paulo; Secretariado com vários quadros do PT e outros da coalizão, em geral com trajetória de atuação na saúde coletiva/no SUS;</p> <p>Conflitos intensos com as entidades médicas, em função do Programa Mais Médicos;</p> <p>Realização da XIV Conferência Nacional de Saúde.</p>	<p>Continuidade das políticas prioritárias durante os governos Lula;</p> <p>Adoção inicial como marco governamental das Unidades de Pronto Atendimento (UPA);</p> <p>Lançamento e expansão do Programa Mais Médicos;</p> <p>Portaria GM/MS nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);</p> <p>Portaria nº 121/2012 institui a Unidade de Acolhimento;</p>
<i>Arthur Chioro – PT (fev/2014-out/2015):</i>	<p>Quadro do PT com atuação na gestão municipal em saúde, que ocupou cargos no Ministério desde 2003; menor peso político;</p> <p>Secretariado com vários quadros do PT e outros da coalizão, em geral com atuação prévia na saúde coletiva/no SUS;</p> <p>Tensões do Ministro com o CNS e na relação com entidades do movimento sanitário, pela defesa de medidas governamentais polêmicas e conflitantes com a Constituição, como a abertura da saúde ao capital estrangeiro;</p> <p>Saída do Ministro em virtude da necessidade de conceder cargos ao PMDB no esforço de recomposição diante da crise política.</p>	<p>Ao final de 2014 - medidas de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro (inclusive na prestação de serviços).</p>
<i>Marcelo Castro – PMDB (out/2015-mai/2016):</i>	<p>Indicação pelo PMDB para Ministro da Saúde de parlamentar com perfil mais conservador, sob resistências de atores setoriais;</p> <p>Início de gestão marcado por protestos de entidades e grupos de atores dos movimentos sanitário e antimanicomial, pela indicação de ex-diretor do maior hospital psiquiátrico do país (fechado no âmbito da luta antimanicomial após décadas de denúncias) para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental.</p>	<p>Ênfase em estratégias voltadas ao controle epidemiológico de doenças devido a expansão de arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika) e identificação de associação do vírus da Zika (quando contraído na gravidez) com microcefalia.</p>

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

A partir de nossa análise do governo Dilma fica evidenciada que a chegada de governos de cunho ideológicos vinculados a luta da classe trabalhadora, assim como propôs o Partido dos Trabalhadores (PT), não foi suficiente para romper com a implantação do projeto neoliberal que se manteve em curso desde sua chegada de forma vigorosa ainda no governo FHC. Contudo, a partir do nosso olhar, a continuidade do projeto de contrarreforma neoliberal durante os governos de esquerda se deu de forma menos intensa em um comparativo ao governo FHC e teve como principal fator o processo de tensionamento entre classes.

Em paralelo às parcerias público-privado e à indiferença frente à construção de estratégias efetivas para o financiamento do SUS e seu fortalecimento quanto sistema integralmente público, foram elaboradas e implementadas uma série de políticas, programas e ações que são inegavelmente enormes avanços para a sociedade brasileira, inclusive, tivemos uma maior inserção das discussões do tema sobre saúde mental da criança e adolescente na política de saúde. Contudo, durante seu segundo mandato houve uma enorme crítica dos setores defensores da reforma psiquiátrica frente à escolha do conservador Valencius Wurch como coordenador de Saúde Mental.

Enfim, o governo da presidenta Dilma Rousseff, eleita democraticamente com exatos 54.501.118 votos, logo perpassou um período importante na cena política do país. O contexto de manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas vivenciadas na crise política entre os anos de 2015/2016 culminaram no explícito golpe que levou ao seu afastamento da presidência da República. Tal acontecimento demonstra o quanto a fragilidade da democracia burguesa e seu esgotamento funcional ocorrem frente à superação da crise estrutural do capital e aos interesses da classe burguesa.

#### **1.2.4 Governo Temer (2016-2018)**

O afastamento da presidenta Dilma resultou na ascensão ao poder do seu vice, Michel Temer (PMDB), que assumindo de maneira ilegítima o poder executivo do Brasil, trouxe de volta à cena a representação de setores mais conservadores, atrasados e reacionários da sociedade brasileira.

Após a condenação da presidenta Dilma Rousseff no julgamento do impeachment, no dia 31 de agosto de 2016 Michel Temer (PMDB) assumiu o cargo de presidente do país, e logo anunciou que seu governo não teria como foco as políticas neodesenvolvimentistas.

Os documentos apresentados como base do governo Temer que analisamos com intuito de compreender como se deu a retomada do projeto neoliberal em sua forma mais

consistente são: 1) *Agenda Brasil*; 2) *Uma ponte para o futuro*; 3) *Travessia Social*; e a 4) Emenda Constitucional 95, promulgada em dezembro de 2016.

Cabe lembrar que o tripé do receituário neoliberal no Brasil e no mundo envolvem: ajuste fiscal; pagamento de juros e amortização da dívida pública; e redução do financiamento de políticas públicas. E é nessa lógica que é pensada o *Agenda Brasil* que, segundo Silva (2019, p.47), com relação à saúde visa “impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais; maior desvinculação de Receitas da União”.

Além disso, nesse contexto foi elaborado pela Fundação Ulisses Guimarães, do PMDB, e divulgado em outubro de 2015, o documento denominado *Uma ponte para o futuro*. Esse documento foi apresentado como um programa que se destinava ao desenvolvimento da economia do Brasil, buscando enfrentar a crise fiscal supostamente gerada pelas despesas públicas e paralisação dos investimentos produtivos. Segundo o documento, a função e o papel do estado são “distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (FUNDAÇÃO ULISSES GUIMARÃES/PMDB, 2015, p.4).

Ou seja, no documento o papel do Estado é configurado como um incentivador da iniciativa privada e condutor do ajuste fiscal, pois como é citado ainda no documento, sem o ajuste fiscal de caráter permanente sinalizando um equilíbrio duradouro das contas públicas, a economia não retornaria ao seu crescimento, e assim a crise se agravaria ainda mais. Em nossa leitura do documento, também notamos fortes críticas às “despesas públicas” aprovadas com a CF de 1988.

As políticas apresentadas em *Uma Ponte para o Futuro*, que visavam à necessidade do ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico e acabar com vinculações constitucionais, compreendiam especialmente a política de saúde. Tais propostas foram materializadas por outro documento denominado *A Travessia Social – uma ponte para o futuro*, também elaborado pela Fundação Ulisses Guimarães, do PMDB, e apresentou propostas relacionadas aos programas sociais. O enfoque das ações do governo federal, de acordo com o documento, deveria estar na expansão do emprego, atuando na capacitação da força de trabalho pelo aprimoramento do Programa Nacional de Acesso à Formação Técnica/PRONATEC. De forma sucinta, o documento propõe ações que busquem o equilíbrio fiscal, a retomada do crescimento e a ampliação de boas políticas sociais (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES/PMDB, 2016). Referente à saúde e ao SUS de forma específica, colocou questões importantes quanto ao gerenciamento, considerando um grave problema do SUS a má gestão e a urgência de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de

saúde, e conseqüentemente enfatizou um estímulo ao aumento da cobertura dos planos privados de saúde.

Para Bravo (2018), esses documentos comprovam que o governo Temer aprofunda o processo de contrarreforma na política de saúde, assim como acelera o desmonte das políticas públicas e universais. O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em consonância com esse viés neoliberal, afirma em suas colocações que o Brasil não possui subsídios para assegurar os direitos expressos na Constituição de 1988, como por exemplo, o acesso de forma universal à saúde e com isso enfatiza que é urgente e necessário repensar e promover mudanças no SUS. As palavras de Ricardo Sales em entrevista à *Folha* e ao *O Globo* foram, nessa ordem: “Tamanho do SUS precisa ser revisto”, e “Não contem com mais dinheiro”<sup>42</sup>.

Contudo, uma das medidas mais severas estava por ser efetivada ao final do ano de 2016. Nesse momento de aprofundamento da contrarreforma do Estado e implantação do ideário neoliberal no contexto do governo Temer, é promulgada em 15 de dezembro de 2016, a Emenda Constitucional nº 95, que se configura em uma truculenta e drástica medida neoliberal frente à política de saúde. Essa Emenda Constitucional visou o congelamento nos investimentos em saúde e educação durante 20 anos e afetou diretamente o financiamento do sistema de saúde.

Consoante Giselle Souza e Morena Soares (2019, p.21):

A Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) amplia a financeirização dos recursos do fundo público. A cada ano é fixado um limite baseado na despesa primária do ano anterior corrigido pela estimativa de variação da inflação (tendo como base o IPCA do ano anterior). [...] Nenhum governo no globo, nenhum país, empreendeu uma medida de congelamento tão extensa. Além disso, a EC modifica a vinculação das despesas primárias de saúde e educação na receita, como previsto na Constituição, ou seja, o percentual mínimo estipulado constitucionalmente – que já era levado como gasto máximo pelos governos brasileiros – será substituído por esta lógica de limitação aos gastos do ano anterior.

A partir de nossa ótica, essa medida sem dúvidas levou à redução relativa do papel do Estado como indutor do desenvolvimento do país. E na nota técnica nº 161, de setembro/2016 do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), é evidenciado que realizando uma simulação da aplicação do novo regime fiscal nas despesas primárias entre os anos de 2003 e 2015, por exemplo, teríamos 47% menos recursos para a

<sup>42</sup> As falas do Ministro foram destacadas pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em notícia publicada no site da associação disponível no link: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/nao-contem-com-mais-dinheiro-e-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude/17809/>

educação e 27% menos para à saúde. Ou seja, essa medida nada mais é do que um forte ataque ao financiamento da política de saúde e saúde mental.

Além disso, nas conclusões da nota técnica realizada pelo DIEESE sobre os possíveis impactos da EC 95, fica evidente que, na saúde, o congelamento dos investimentos durante um período tão longo leva a um não acompanhamento da expansão da demanda pelos serviços e comprometimento da execução de políticas públicas.

No âmbito da saúde mental os retrocessos dizem respeito também às alterações que põe em xeque as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, como por exemplo, as Portarias nº 32/2017 nº 3.588/2017. De acordo com Silva e Silva (2020) a Portaria nº32/2017 se caracteriza uma desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial no instante em que garante a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, estima criação de novas vagas em hospitais gerais, e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado, de caráter religioso, para atender dependentes químicos.

Já a Portaria nº 3.588/2017, aprovada sem discussão, sem nenhum debate público prévio, dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com a portaria fica claro uma involução no tratamento de pacientes com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, além disso, dentre as alterações damos destaque ao retorno da internação de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos.

Consoante nota lançada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco):

...o que está principalmente em questão é o retorno da ênfase dada a modalidades assistenciais conhecidas pela sua ineficácia nos processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomização de pessoas acometidas de transtornos mentais e de usuários de álcool e outras drogas, portanto, manicomializadoras (BATALHA; DOMINGUEZ, 2018, p. 24).

Ou seja, um verdadeiro retrocesso aos avanços conquistados nos últimos trinta anos até esse momento do governo Temer. O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Nacional de Saúde também se pronunciaram na época afirmando que:

A Portaria 3.588 e seus desdobramentos é o retrato fidedigno dos interesses que se rendem ao enfadonho monólogo da razão, ao discurso corporativo, ao saber biomédico e de controle, à lógica privatista e ao lucro a qualquer preço, ao pragmatismo eleitoreiro. [...] Nada pode se sobrepor a uma política tão arduamente construída e patrimônio desse país. Saúde não se vende, gente não se prende! (BRASIL, 2018, p.17).

Até então pudemos perceber que o projeto neoliberal teve retorno em sua forma mais ortodoxa possível com a chegada de Michel Temer à presidência do Brasil, e com ele o retorno de um processo de contrarreforma que impacta diretamente nas políticas públicas. Vejamos a seguir, no Quadro 09, de forma resumida, algumas das principais características e particularidades do governo Temer acerca do seu contexto econômico e político:

### QUADRO 09

Síntese do contexto Econômico e Político do governo Temer

<b>SÍNTESE DO CONTEXTO ECONÔMICO E POLÍTICO MICHEL TEMER (2016-2018)</b>	
<b>CONTEXTO ECONÔMICO</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>
Mais um ano de recessão; Contração na economia (queda de 4% no PIB em relação a 2015); Impacto na arrecadação com queda real 3,47% em relação a 2015; Crise fiscal e nos estados (alguns estados como RJ e MG decretaram emergência nas contas públicas); Reformas.	Chegada de Temer a presidência após o golpe; Crise política; Retorno de setores reacionários e conservadores ao poder; Retorno aos ideais do neoliberalismo em sua forma mais vigorosa; Articulação com setores privados e avanço sobre os setores públicos; Críticas frente a ausência de participação social; Temer tem baixa aprovação popular; Instabilidade política e rejeição ao governo.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Além do contexto econômico e político do governo Temer ser marcado por reformas e crise política, tivemos o retorno de setores conservadores e as propostas neoliberais em sua forma mais avassaladora desde FHC. Vejamos agora no Quadro 10 suas particularidades de forma resumida frente ao processo político e a agenda da saúde do seu governo no curto período como presidente, mas que causou fortes retrocessos:

## QUADRO 10

Processo político e a agenda da saúde no governo Temer

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO DE MICHEL TEMER (2016-2018)</b>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da Saúde</b>
<b><i>Ricardo Barros – PP (mai/2016-abr/2018):</i></b>	2015 – investigado por fraude em licitação para publicidade; Polêmica quanto a cortes que promoveu nas dotações para Justiça do Trabalho; Em agosto/2016 diz que “os pacientes do SUS inventam (ou imaginam) doenças”; Pressão pela troca do Ministro.	Continuidade de programas como: Saúde da Família; Mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Proposição dos chamados Planos de Saúde Acessíveis; Portarias nº 32/2017; Portaria 3.588/2017 que traz mudanças para a RAPS apontando para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais.
<b><i>Gilberto Occhi – PP (abr/2018-jan/2019):</i></b>	Advogado, ex-ministro das Cidades do Brasil no governo Dilma; Defendeu e propôs os Planos de saúde.	Continuidade das medidas.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Dois ministros, homens, brancos, filiados ao Partido Progressista, de ideologia neoliberal e conservadora. Visaram o desmonte do SUS através da privatização e incentivo aos planos de saúde privados, e retrocessos na política de saúde por meio de ideais opostos aos da RPB.

Com base no que discorremos até esse momento, podemos considerar que o governo Temer, em seu curto período na presidência, através da retomada de medidas neoliberais de forma avassaladora, caracterizou um enorme retrocesso no campo da saúde e saúde mental. Porém muitas outras medidas ainda viriam a ser realizadas no governo que o sucede.

### 1.2.5 Governo Bolsonaro (2019-2020)

As restrições fiscais e todas as medidas adotadas por Temer a partir de 2016 marcaram o início de um processo de retrocesso nas conquistas obtidas nas últimas décadas por um

sistema universal de saúde. Mas o pior ainda estava por vir. A eleição de 2018, marcada pela evidente ascensão do neoconservadorismo e da extrema-direita no país, resultou na vitória de Jair Messias Bolsonaro para ocupar o cargo de presidente do país<sup>43</sup>. Com base no discurso de ódio pelas minorias e da clara defesa do setor privado e do mercado, logo se iniciou o aprofundamento e a criação de novas medidas que se configuram ofensivas ao ideal de SUS universal pregado pelos movimentos e atores em defesa da saúde pública brasileira.

Desde sua candidatura, assuntos relacionados ao setor saúde e financiamento do SUS não foram devidamente abordados por Bolsonaro. No seu plano de governo denominado “O caminho da prosperidade: Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018)<sup>44</sup>, vários pontos foram omissos quanto ao tema saúde. No tópico referente às diretrizes orientadoras das relações do governo com o setor da saúde suplementar e da judicialização do SUS, evidenciou-se o enfoque no setor privado, pretendido como forma de alcance de eficiência econômica e equilíbrio das contas públicas. Em suma, nas 80 páginas do plano de governo, o termo SUS é citado 3 vezes, e nas quatro páginas direcionadas à saúde, uma única vez, o que comprova a ausência e inconsistência e de propostas para tal política pública.

Na gestão ministerial, o governo aloca à frente do Ministério da Saúde Luiz Henrique Mandetta, que possui relações com a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) e com instituições filantrópicas. Em seu discurso durante a transmissão do cargo, Mandetta afirmou defender os princípios constitucionais e reafirmou que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém, ao mesmo tempo explicitou que o orçamento do ministério é “muito grande” e que deseja um “sistema privado forte”<sup>45</sup>.

Ainda no mês de janeiro de 2019, de acordo com Bravo e Pelaez (2020), em Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, o ministro propôs modificar o subsistema de atenção à saúde indígena e municipalizar tal política, o que resultou em fortes críticas por parte de representações indígenas. Além disso,

Defendeu ainda a carreira de Estado para médicos; a informatização das informações do setor de saúde no país; o fortalecimento das Santas Casas e

<sup>43</sup> Já havíamos apontado algumas considerações acerca do governo Bolsonaro e sua relação com o neoconservadorismo originalmente publicadas no ensaio “Neoconservadorismo como instrumento capitalista em tempos de barbárie”, na *Katálysis*, v. 23, n. 2, p. 256-265, maio/ago./2020. Todavia, neste estudo aprofundamos a problemática com ênfase na política de saúde.

<sup>44</sup> Disponível na íntegra em: [https://flaviobolsonaro.com/PLANO\\_DE\\_GOVERNO\\_JAIR\\_BOLSONARO\\_2018.pdf](https://flaviobolsonaro.com/PLANO_DE_GOVERNO_JAIR_BOLSONARO_2018.pdf). Acesso em 18 nov. 2020.

<sup>45</sup> A fala de Mandetta encontra-se na reportagem publicada no G1 de 02 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>. Acesso em 18 nov. 2020.

um “choque de gestão” nos seis hospitais federais e nos três Institutos vinculados ao Ministério da Saúde localizados no Rio de Janeiro [...] apresentou uma proposta de reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”. (BRAVO, PELAEZ, 2020, p. 201).

Tivemos também a proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes, de construção de um *voucher* para a saúde, que se configurou preocupante. Esse funcionaria como um “vale saúde” que seria entregue a funcionários de empresas privadas em troca de prestação de serviços básicos na área, desconsiderando os princípios ao qual o SUS se organiza, como os da integralidade e hierarquização, além de repassar ao setor privado a atribuição do Estado de prestação de serviços de saúde. Ou seja, mais uma tentativa de desconstrução do SUS público e de fortalecimento do setor privado.

Alguns programas direcionados a Atenção Básica entre outros criados nos governos antecessores foram mantidos, todavia, medidas neoliberais como a EC 95/2016 teve total continuidade. Além dessa, outras reformas foram realizadas por tal governo, como por exemplo, a Reforma da Previdência, evidenciando um processo de contrarreforma do Estado nas políticas públicas de forma ainda mais avassaladora no governo Bolsonaro.

No campo da saúde mental, a nota técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, teve enorme destaque no início do governo e reacendeu o debate de preocupação em torno da Política de Saúde Mental. O primeiro motivo foi a redução da importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a busca pelo fortalecimento especialmente as “comunidades terapêuticas”, que de acordo com Bravo e Pelaez (2020, p. 201) “pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados”.

O segundo motivo que tal nota foi rechaçada é que nela estavam explícitos a liberação de compra de aparelhos de choque elétrico e o fortalecimento dos manicômios, menosprezando o referencial da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Nesse momento diversas entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras, se pronunciaram contrárias ao conteúdo da nota. Com isso, o documento foi retirado do ar.

O debate em torno da Política de Saúde Mental no Brasil teve forte golpe também, especialmente, no momento que o governo Bolsonaro anunciou o Decreto nº 9761/2019, que visa estabelecer uma “nova” Política Nacional de Drogas<sup>46</sup>, buscando objetivar a construção

---

<sup>46</sup> De acordo com o Ministério da Saúde (2011) a Política Nacional de Drogas estava em vigor no país desde 2002, assim como o principal objetivo da Redução de Danos abordada por tal política é a diminuição dos riscos

de uma sociedade assegurada do uso de drogas lícitas e ilícitas, isso a ser alcançada através da promoção da abstinência e do fortalecimento de Comunidades Terapêuticas, como principal *locus* de cuidado, tratamento e promoção da saúde. Essa política desconsidera totalmente a Política de Redução de Danos e o modelo de atenção em saúde que dá ênfase nos serviços substitutivos como os CAPS, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da saúde pública assim como preconizada constitucionalmente no SUS.

Para Delgado (2019), a nota “técnica” aborda,

...além da crítica genérica sobre a “ideologia” presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica “anti-ideologia” do governo Bolsonaro), substituída por uma visão “científica”, alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019, p. 3).

Consoante Cerqueira (2019), a estrutura jurídica de efetivação dos direitos e garantias das pessoas em sofrimento mental, considerada frágil, decorre, sobretudo, das relações de forças presentes no campo político. Nesse sentido, o teor da nota técnica se sustentou pelo absurdo e pela inconstitucionalidade, desprezando a proteção constitucional desses sujeitos e reafirmando a tentativa de retrocessos nesse campo decorrentes de ações governamentais de agentes políticos conservadores, reacionários e fascistas, que vem ganhando força desde antes do golpe no ano de 2016.

Em solenidade comemorativa dos 100 primeiros dias do governo Bolsonaro, ocasionada em 01 de abril de 2019, damos destaque a outra medida que ataca a proposta de um sistema público e com participação social, o Decreto nº 9.759/2019. Nele extingue diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes. De acordo com Bravo e Pelaez (2020, p. 7), a reportagem da *Folha de S. Paulo*, trouxe as palavras do presidente declaradas em rede social, em que afirma que o decreto é uma forma de “economia, desburocratização e redução do poder de entidades aparelhadas politicamente, usando nomes bonitos para impor suas vontades, ignorando a lei e atrapalhando propositadamente o desenvolvimento do Brasil”.

---

de dano biológicos, psicossociais e econômicos aos quais estão expostos os sujeitos dependentes químicos. Esse tipo de tratamento leva em consideração a informação, o atendimento médico e o acesso às políticas públicas (BRASIL, 2011).

No que tange a participação social tivemos a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 04 e 07 de agosto de 2019, que ficou conhecida como 8ª + 8, pois buscou retomar a perspectiva histórica e a mobilização popular ocorrida na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Porém, segundo Bravo e Pelaez (2020), este avanço, no entanto, foi decorrente do esforço e articulação do Conselho Nacional de Saúde e de diversos movimentos sociais frente ao governo vigente.

Para mais, em março de 2020 a OMS declara estado de pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov-2) causador da Covid-19. Essa síndrome gripal se espalhou rapidamente e atingiu em pouco tempo inúmeros países com diferentes graus de impacto. Desde o início da pandemia o posicionamento do presidente Bolsonaro vem demonstrando desdenho à crise sanitária que vivemos. "E daí?", "gripezinha", "não sou coqueiro", "país de maricas"<sup>47</sup>. Essas são algumas das falas do presidente enquanto a pandemia avança por todo país levando à morte milhares de pessoas.

Além disso, desde então houve troca constante de ministros na área da saúde e o descontentamento com as medidas estabelecidas pelos órgãos de saúde em nível internacional e nacional foram evidenciados a cada fala do presidente, que pôs em destaque a importância de retomada da economia acima de qualquer medida estabelecida pelos setores de saúde frente à crise sanitária vigente. Destacamos que a problemática da pandemia da Covid-19 será abordada de forma mais detalhada no tópico específico deste estudo, portanto, neste momento apenas visamos apresentar de forma objetiva algumas das medidas implantadas pelo governo Bolsonaro na área da saúde.

Vejamos a seguir, no Quadro 11, o resumo do contexto econômico e político do governo Bolsonaro:

---

<sup>47</sup> Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/v%C3%ADrus-verbal-as-frases-de-bolsonaro-sobre-a-pandemia/g-54080275>

## QUADRO 11

Síntese do contexto Econômico e Político do governo Bolsonaro

<b>SÍNTESE DO CONTEXTO ECONÔMICO E POLÍTICO BOLSONARO (2019-2020)</b>	
<b>CONTEXTO ECONÔMICO</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>
Entrega do PIB de 1,1% no primeiro ano de governo (inferior ao de Michel Temer de 1,3%); Inúmeras Reformas; Crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19.	Retorno de setores reacionários e conservadores ao poder com ainda mais ênfase da extrema-direita; Aprofundamento dos ideais do neoliberalismo em sua forma mais avassaladora; Guinada na política externa no primeiro ano de governo; Articulação com setores privados, privatizações. Perda de popularidade logo no início do mandato; Melhora da popularidade (possivelmente) decorrente do auxílio emergencial; Derrota de Trump nas eleições estadunidenses em 2020.

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Além desse, vejamos a seguir o quadro 12, que trata acerca do processo político a qual perpassou até o presente momento a política de saúde no governo Bolsonaro.

## QUADRO 12

Processo político e a agenda da saúde no governo Bolsonaro

<b>PROCESSO POLÍTICO E A AGENDA DA SAÚDE NO GOVERNO DE BOLSONARO (2019-2020)</b>		
<b>Gestão</b>	<b>Processo político da saúde</b>	<b>Agenda da Saúde</b>
<b><i>Luiz Henrique Mandeta –DEM (jan/2019-abr/2020):</i></b>	Médico ortopedista, já foi Secretário Municipal de Saúde e Deputado Federal; Acusações de corrupção quando ocupava o cargo de Secretário de saúde; Discurso moderado; Com a pandemia de Covid-19 surgem conflitos e divergências com o presidente; Demissão.	Continuidade de programas na Atenção Básica; Mudança do “Mais Médicos” para o “Médicos pelo Brasil”; Nota Técnica com retorno a práticas manicomialis; Defendeu medidas estabelecidas pela OMS.
<b><i>Nelson Teich (abr/2020-mai/2020):</i></b>	Médico oncologista, empresário; Divergências com o presidente devido ao uso de cloroquina causa sua demissão.	Continuidade das medidas.
<b><i>Eduardo Pazuelo (mai/2020-atual)</i></b>	General de divisão do Exército brasileiro; Acusado de improbidade administrativa.	Continuidade das medidas na Atenção Básica; Liberou uso de cloroquina;

**Fonte:** Elaboração própria com base nas diversas fontes desta pesquisa (2020)

Diante disso, destacamos que a saúde, como direito humano fundamental, a partir de nossa análise nos diversos governos responsáveis por sua gestão, está distante de atingir, na realidade, sua efetividade como universal e integral, especialmente após a retomada de setores reacionários e conservadores ao poder do país. As agendas apresentadas ao decorrer das décadas de implementação do Sistema Único de Saúde pelos governos não se demonstraram totalmente comprometidas com a qualidade e efetivação da saúde como expressa na Carta Magna de 1988. Ao invés disso, a gestão dessa política pública se caracteriza vezes de continuidade, vezes de retrocessos, mas nunca de total comprometimento com os princípios do SUS.

Podemos considerar que, além dessas medidas neoliberais comprometerem a política de saúde e saúde mental, o orçamento público vem sendo diminuído em políticas específicas, como exemplo, políticas destinadas a juventude e grupos mais vulneráveis, assim como afirma a assessora do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc), Grazielle Davi em entrevista ao canal *Outras Palavras*<sup>48</sup>.

Nesse viés, podemos considerar que as instituições públicas de saúde são espaços permeados por conflitos, tornando-se objeto de lucratividade para o capital. Além disso, como algumas políticas voltadas à juventude vem sendo atingidas de forma prioritária, para dar continuidade e aprofundamento em nosso estudo que trata acerca do processo de contrarreforma do Estado frente à política de saúde e saúde mental, nos capítulos a seguir descreveremos a estruturação do atendimento à saúde mental Infantojuvenil e traremos os resultados de nossa pesquisa.

---

<sup>48</sup> Grazielle Davi é assessora do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc). Ver entrevista completa em: <https://www.youtube.com/watch?v=atu1TfNQawM>.

## **PARTE II: ESTUDO EMPIRÍCO**

### **Entrelaçando fios**

*“Sempre vejo anunciados cursos de oratória.  
Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo  
mundo quer aprender a falar. Ninguém quer  
aprender a ouvir.” (Rubem Alves)*

## 2. “TRABALHANDO COM O MÍNIMO DO MÍNIMO”: A DIMENSÃO OBJETIVA DA PESQUISA

Este capítulo, além de traçar breves considerações acerca do desenvolvimento da saúde mental no estado da Paraíba, e elucidar marcos importantes, como por exemplo, a Lei 10.216 de 2001 e a implantação dos CAPSi para atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes no estado, também revela os resultados obtidos em nossa pesquisa de campo.

Abordaremos primeiramente como se deu nosso percurso metodológico e os desafios de concretização da pesquisa, e, por conseguinte, levantaremos considerações diante de dimensões trazidas por nós como fundamentais para a garantia do direito humano à saúde mental de crianças e adolescentes.

A seguir, dentre os apontamentos levantados neste estudo, traçaremos considerações enfatizando dimensões consideradas por nós requisitos objetivos e básicos para a efetivação da garantia do direito humano à saúde mental, que tratam: do financiamento da política de saúde mental e, na contramão disso, das medidas neoliberais que visam seu desmonte; da estruturação física das unidades de CAPSi e; das considerações acerca da formação das equipes multiprofissionais que atuam nos Centros.

### 2.1 Percurso metodológico e desafios da pesquisa

Tendo em vista os objetivos delineados para este trabalho e o contexto que vivemos de pandemia da Covid-19, a investigação perpassou alguns desafios, todavia, conseguimos concretizar nossa pesquisa e desenvolver algumas percepções com base nos dados produzidos durante o estudo de campo. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde de manter isolamento social e não gerar aglomerações para contenção do vírus, todas as fases da pesquisa tiveram que se dar de modo remoto, via meios eletrônicos como e-mail, telefone e/ou vídeo conferência.

Outro fato para essa escolha se deu justamente por orientação das coordenações dos CAPSi, afirmando que os locais de realização do estudo permaneceram seguindo as recomendações dos órgãos competentes de saúde os grupos com familiares e usuários não estarem ocorrendo, os horários de funcionamento reduzidos e profissionais atuando em *home office*, o que impossibilitou a realização da pesquisa de forma presencial, como pretendíamos a princípio.

Enfatizamos que o campo da saúde, de acordo com Minayo (2010), é um campo fértil para pesquisas qualitativas uma vez que não institui uma disciplina ou campo separado das outras instâncias da realidade social, e sua especificidade é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas. Isso faz com que tal estudo realizado nos CAPSi do estado da Paraíba contribua para compreendermos algumas particularidades do contexto de contrarreforma que vivemos e seus impactos na política de saúde mental ofertada através dessas instituições.

No que se refere à forma de abordagem, a presente pesquisa é de natureza qualitativa, por entender que esta possibilita uma apreensão concreta do universo da produção humana, isto é, das relações e representações humanas, que não podem ser compreendidas somente a partir de números e indicadores quantitativos para além dos dados estatísticos.

O tema Saúde Mental Infantojuvenil foi abordado desde o Trabalho de Conclusão de Curso na graduação onde foi realizada uma pesquisa de campo num CAPSi do sertão paraibano. Com isso, o interesse em aprofundar o tema e expandir a pesquisa em outras unidades de CAPSi no estado da Paraíba resultou na escolha dos CAPSi como locais de estudo. Para isso realizamos uma pesquisa de campo que se deu no estado da Paraíba, localizada a leste da Região Nordeste do Brasil e limita-se com os três estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco. O território é dividido em 223 municípios e de acordo com o último censo do IBGE (2014) possui uma população estimada em 3,944 milhões.

A pesquisa se deu em 03 (três) Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis selecionados dentre os 12 (doze) até então habilitados no estado. Esses CAPSi foram selecionados de acordo com a disponibilidade de participação na pesquisa após contato e confirmação com a coordenação. Além disso, foram subdivididos por Mesorregião (mata, agreste e sertão do estado)<sup>49</sup>, e Gerências Regionais de Saúde (GRS)<sup>50</sup>, nos municípios de Patos (CAPSi Maria de Fátima Lima)<sup>51</sup>, Campina Grande (CAPSi Viva Gente), e João Pessoa

---

<sup>49</sup> As Mesorregiões no estado da Paraíba estão divididas entre: Mata Paraibana, Agreste Paraibano, Borborema e Sertão Paraibano. São um nível de agregação espacial intermediário entre Grande Regiões e Microrregiões (IBGE, 2016). Ver mais em: IBGE. **Estatísticas de Gênero**. 2016. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas\\_metodologicas.html](http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html). Acesso em 17 nov. 2020.

<sup>50</sup> Gerências Regionais de Saúde (GRS) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde responsáveis por grupos de cidades favorecendo uma maior atenção as particularidades de cada região. O estado da Paraíba possui 12 GRS. Ver de forma detalhada em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em 17 nov. 2020.

<sup>51</sup> Cabe destacar que o CAPSi da cidade de Patos se encontra atualmente funcionando na sede do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (Cerest) no endereço Rua Elías Asfóra, 36 - Jardim Guanabara, Patos - PB, CEP 58701-300. Logo a seguir no desenvolvimento deste estudo abordaremos com maiores detalhes esse ponto.

(CAPSi Cirandar), que se situam em diferentes Gerências Regionais de Saúde (GRS). Podemos observar os CAPSi voltados para a oferta da política de saúde mental infantojuvenil que fizeram parte da pesquisa no estado da Paraíba no Quadro 13, a seguir:

**QUADRO 13**  
CAPSi onde foi realizada a pesquisa

MESORREGIÃO	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	NOME DO CAPSi	ENDEREÇO	INAUGURAÇÃO
Mata	João Pessoa	1ª GRS	CAPSi Cirandar	Av. Gouvêia Nóbrega - Róger, João Pessoa/PB. CEP: 58020-100	25 de Março de 2008
Agreste	Campina Grande	3ª GRS	CAPSi Viva Gente	Rua Mal Deodoro Fonseca, 631-Prata, Campina Grande/PB. CEP: 58400-660	Dezembro 2005
Sertão	Patos	6ª GRS	CAPSi Maria de Fátima Lima	Rua Alto Casteliano, 880-Santo Antônio, Patos/PB. CEP: 58701-070	24 de Outubro de 2007

**Fonte:** Elaboração própria com base em informações coletadas durante a pesquisa – 2020

Nas figuras a seguir podemos ver as imagens dos Centros selecionados para a pesquisa, coletadas por meio do sistema do Google Maps.

### Figura 01

CEREST – local onde se encontra situado o atendimento do CAPSi Maria de Fátima Lima - Patos



**Fonte:** imagem coletada no sistema Google Maps (2020).  
Disponível em: <https://bit.ly/3pCMYth>. Acesso em 17 nov. 2020.

### Figura 02

CAPSi Viva Gente – Campina Grande



**Fonte:** imagem coletada no sistema Google Maps (2020).  
Disponível em: <https://bit.ly/3kH9Nbs>. Acesso em 17 nov. 2020.

**Figura 03**

CAPSi Cirandar – João Pessoa



**Fonte:** imagem coletada no sistema Google Maps (2020)  
Disponível em: <https://bit.ly/3pGDCgm>. Acesso em 17 nov. 2020.

Destacamos ainda que, dada a complexidade das instituições estudadas no estado da Paraíba, a análise apreendida neste estudo se constitui um recorte da realidade, isto é, não pretende atingir sua totalidade.

Um critério de seleção para a participação no estudo foi a seleção apenas de profissionais pertencentes ao quadro efetivo das instituições com mais de 05 (cinco) anos de atuação no CAPSi<sup>52</sup>. Os sujeitos participantes da pesquisa foram profissionais atuantes na equipe multiprofissional somando um total de 06 profissionais, sendo 03 psicólogos e 03 enfermeiros. Além deles, participaram 03 coordenadores, 01 responsável por cada CAPSi. Do total de 09 participantes (dentre coordenadores e profissionais), 08 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Salientamos que a quantidade de participantes não foi maior devido a dificuldade em contato e aceite em participar da pesquisa por parte dos próprios profissionais<sup>53</sup>.

A princípio, pretendíamos entrevistar coordenadores, profissionais e familiares dos usuários dos CAPSi, entretanto, devido às condições sanitárias decorrentes da pandemia de

<sup>52</sup> Optamos pela escolha apenas de profissionais efetivos pelo motivo desses se encontrarem em condições mais “autônomas” aos que são apenas contratados pela gestão municipal, o que poderia impactar inclusive no teor das respostas levantadas, seja por medo de se pronunciarem ou até mesmo de darem respostas por um viés politiquero. Para evitar essa possível problemática então selecionamos apenas profissionais do quadro efetivo com mais de 05 anos de atuação.

<sup>53</sup> Enfatizamos que devido ao contexto de pandemia de Covid-19 e todas as mudanças ocorridas no cotidiano de trabalho desses profissionais, atingir essa quantidade de participantes foi bastante difícil. Alguns afirmaram não ter disponibilidade de tempo, muitos não responderam as tentativas de contato (telefone, e-mail), e alguns simplesmente afirmaram não possuir interesse em participar da pesquisa. Além disso, o quadro de profissionais de alguns dos CAPSi possuíam no momento da pesquisa um quantitativo ínfimo de profissionais.

Covid-19 e das orientações dos órgãos de saúde em nível internacional e nacional, que impossibilitou as atividades com familiares nos CAPSi, nosso estudo se limitou apenas aos coordenadores e profissionais.

O nosso estudo foi conduzido no período compreendido entre os meses de agosto e outubro de 2020 e se baseou na aplicação de questionário semiestruturado com os/as coordenadores/as e com entrevistas individuais com os profissionais dos CAPSi.

A primeira fase do estudo, se constituiu no mapeamento e seleção dos CAPSi que fizeram parte de nosso trabalho, em que adotou-se como critérios a localização e predisposição de retorno de contato da gestão do CAPSi ainda no ato de submissão do projeto ao Comitê de Ética. Em seguida, realizamos o primeiro contato com a direção/coordenação e/ou equipe dos Centros (após aprovação do Comitê de Ética) para informar sobre a confirmação de realização do estudo e obter informações preliminares acerca do cotidiano e funcionamento desses serviços e posterior envio dos questionários e agendamento das entrevistas.

Então, com o intuito de compreender, no movimento do real, possíveis resultados do processo de contrarreforma do Estado no desmonte da política de saúde mental Infantojuvenil através dos CAPSi no estado da Paraíba, realizamos a segunda fase do estudo: as entrevistas com profissionais. Essa fase se deu a partir do instrumento de coleta designado entrevista, o qual “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 64).

No questionário, com perguntas abertas e fechadas, foram abordadas questões relativas às condições objetivas de implementação da política no CAPSi, sobre os conhecimentos acerca da EC 95, sobre a composição da equipe multiprofissional, sobre os serviços ofertados, sobre os usuários e familiares, sobre a relação entre direitos humanos e saúde mental, dentre outras. Essa fase se deu por meio de contato telefônico prévio e envio de e-mail onde foram encaminhados os questionários e estabelecido um prazo de 10 (dez) dias para os profissionais devolverem suas respostas.

Já as entrevistas realizadas com os profissionais dos referidos CAPSi, seguiram questões relativas as do questionário aplicado aos coordenadores, todavia, se deram por meio de Entrevistas Telefônicas (ET). As entrevistas foram pré-agendadas com dia e horário marcado com cada profissional participante e tiveram duração média de 50 minutos cada. Foram gravadas com autorização dos participantes através do Termo de Consentimento de

Gravação, e transcritas na íntegra para realização da análise de acordo com a técnica descrita a seguir.

Cabe destacar que, segundo Gonçalo e Barros (2014, p. 22), a entrevista por telefone, na investigação científica, é uma “estratégia para a obtenção de dados que permite a comunicação interpessoal sem um encontro face-a-face”. Salientamos que, mesmo impossibilitando o registro de dados oriundos da linguagem corporal ou de expressões não citadas, essa requer menor disponibilidade de recursos financeiros e possibilita o estudo mais longínquo – como foi nosso caso de estudar instituições em diferentes regiões do estado da Paraíba -, bem como rapidez na coleta de dados e, além disso, ainda conforme Gonçalo e Barros (2014, p. 22), “proporcionando até mesmo um sentimento de conforto apresentado pelos entrevistados frente ao relativo anonimato promovido nesta interação”.

Os dados coletados empiricamente através de entrevistas semiestruturadas foram sistematizados e analisados através da técnica de Análise de Conteúdo, isto é, as falas dos sujeitos foram analisadas e categorizadas de acordo com o objeto de estudo proposto, seguindo as prerrogativas destacadas pela técnica mencionada (1- pré-análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados). Segundo Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Sob esse prisma, a técnica de análise de dados supracitada permitiu desvelar as relações que se estabelecem para além do conteúdo textual propriamente dito.

Para identificar e analisar a atual situação dos serviços ofertados nos CAPSi buscamos registrar informações sobre os recursos financeiros para funcionamento desses Centros, a demanda emergente, a configuração da equipe multiprofissional, as características físicas dos Centros, entre outras possíveis informações úteis para desvelar os rebatimentos da contrarreforma na oferta da saúde mental Infantojuvenil no estado. Para além dos dados objetivos e financeiros, buscamos apreender os rebatimentos dessa contrarreforma também nas subjetividades e condições de vida e trabalho dos profissionais atuantes na política, análise essa que apresentamos em nosso próximo capítulo.

Compreendendo que as instituições públicas de saúde são espaços permeados por conflitos e que vêm se tornando objeto de lucratividade para o capital, a pesquisa teve como via de entrada à realidade concreta. Tendo em vista a complexidade dos processos sociais, na atual conjuntura, o método de análise utilizado para o apanhado do objeto de estudo proposto neste trabalho foi o crítico dialético, por compreender que este proporciona ao pesquisador uma apreensão concreta da realidade em suas múltiplas determinações. Além disso,

possibilitou a ultrapassagem de análises superficiais e imediatas do real, permitindo compreender suas multifaces, eximindo o/a pesquisador/a de análises reducionistas e/ou minimalistas, que não dão conta do real concreto.

Conquanto, o próprio Marx em seus escritos reconhece a dificuldade de tal exercício, isto é, apreender o real em sua concreticidade, pois, trata-se de um emaranhado de processos sociais e fenômenos, cujas relações são conflitantes e contraditórias, o que indica a necessidade de enxergarmos o mesmo na perspectiva da totalidade, eliminando análises vazias calcadas na leitura do aparente, as quais podem levar o sujeito a capturar a chamada pseudoconcreticidade atribuída pelo autor Lima (1976 *apud* KOSIK, 2011, p. 37) à “falsa ou invertida compreensão acerca da realidade e dos seus fenômenos” em decorrência da lógica alienante do capital que atinge as diversas esferas da vida social.

Para tanto, destacamos que o presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não houve discriminação na seleção dos indivíduos, nem exposição a riscos desnecessários, sendo que foi pré-condição a utilização dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob CAAE: 31660920.2.0000.5188. Além disso, os profissionais participantes tiveram seus nomes preservados, sendo denominados no presente estudo a partir da palavra “Profissional A, B, C...”, seguida da informação da cidade e do ano de realização da pesquisa. Quanto aos coordenadores(as) participantes utilizamos a nomenclatura “Coordenador A, B, C”, seguida do ano.

## **2.2 Desenvolvimento da Saúde Mental na Paraíba: Lei 10.216/2001 e os CAPSi**

Assim como apontado na história das instituições psiquiátricas no mundo<sup>54</sup>, no estado da Paraíba tais locais não diferiram muito do que foi apresentado na literatura mundial. Ou seja, mantinham um caráter asilar, excludente, centrado na figura hospitalocêntrica e medicamentosa, e quando não se tratavam de instituições filantrópicas, constituíam-se em instituições de caráter privado.

---

<sup>54</sup> Dada complexidade e profundidade da história da loucura, e por não ser nosso objeto de estudo, sugerimos a leitura de: FOUCAULT, M. **História da loucura** (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva. 2012.

De acordo com Silva (2014), o primeiro hospital exclusivo para pacientes psiquiátricos no estado da Paraíba foi o Asylo Sant'Anna (1892), construído no Sítio Cruz do Peixe, afastado da zona urbana da cidade da Parahyba, como era denominada a capital do estado, João Pessoa, e era um anexo da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba (atual Hospital Santa Isabel).

Nas palavras de Silva (2014, p. 32):

Com muros altos, grades de ferro e oferecendo condições subumanas de sobrevivência, o hospital possuía 12 celas escuras, seis para homens e seis para mulheres, sem ventilação, com portas pesadas e grades com pequenas aberturas pelas quais se passava a comida e a medicação para os internos. No piso das celas havia orifícios de fossas que serviam de sanitário e cujo cheiro enchia todo o recinto.

Com base nessa descrição podemos considerar que, assim como as instituições psiquiátricas de âmbito internacional, o Asylo Sant'Anna não era um espaço de tratamento, mas sim de isolamento e exclusão desses sujeitos. Para Helmara Wanderley (2019), sua criação não significou mudanças expressivas nas condições sociais dos “alienados”, que continuaram excluídos da sociedade. Os primeiros internos foram trazidos da Cadeia Pública da capital, pois estavam recolhidos juntamente com os prisioneiros comuns, vez que era uma prática corriqueira na época. Aspectos parecidos com os apontados por Foucault (2012, p. 148) quando firma que, “devido à doença desconhecida, os alienados eram acorrentados à população de presos”. Assim, o tratamento da loucura era considerado sob duas formas: a dos hospitais e a do internamento (prisão).

Devido às más condições de vida e de cuidado com essas pessoas, iniciou-se um movimento de denúncia e protestos contra os tratamentos dados aos pacientes no Hospital da Santa casa de Misericórdia, o que culminou na construção de um novo hospício, o Hospital-Colônia Juliano Moreira, inaugurado em 1928.

Cabe citar as condições a que eram submetidos e que viviam esses indivíduos em internamento nesses locais aqui na Parahyba: “vegetam, soffrendo, além da privação da razão, a falta de ar, de luz, de hygiene e dos mais necessarios commodos” (WANDERLEY, 2013, p.1, apud SOARES, 1927, p.105). Isto é, as condições não eram diferentes das apresentadas pelos autores que estudam a história das instituições psiquiátricas no mundo.

Na fala de um dos profissionais participantes de nossa pesquisa, atuante há mais de 20 anos na saúde mental no eixo Campina Grande – João Pessoa, é relatado o seguinte:

*[...] eu vi a saúde mental primeiro no hospital Juliano Moreira, lá em João Pessoa. Você nem imagina como é que era há 20 anos atrás a situação. Era triste! Você olhava assim, e via os pacientes, na grande maioria robotizados, porque tomavam muita medicação para ficar calmos. Muitas vezes não tinha o espaço adequado pra realizar uma atividade lúdica. Os pacientes mais graves ficaram dentro de grades. A comida era jogada pra eles e todos muito agitados. Inclusive tinha um local como se fosse... não sei se você já foi... num necrotério? não tem as mesas? Então! A gente tinha aquelas mesas pra os pacientes quando estavam muito agitados, ficava ali, preso, contido. E não era uma contenção como fazemos a contenção dos pacientes hoje tentando controlar. Era uma contenção com ferros, com correntes. [...] É até ruim falar um negocio desse. A gente levava, por exemplo, shampoo, sabonete, pasta. A gente doava num dia e no outro já não tinha mais (Profissional D, Campina Grande, 2020).*

Nos chama atenção no relato do participante da pesquisa quando afirma que práticas de contenção dos pacientes eram comuns até poucos anos atrás, durante sua própria atuação profissional em que presenciou tais atos. No que tange a grande maioria desses pacientes se encontrar “robotizados” devido a alta quantidade de medicamentos dados com intuito de “acalmá-los”, isto nos remete ao que Foucault (2012, p. 462) enfatizou ao afirmar que muitas medidas contra os loucos “não se tomavam nem contra criminosos perigosos, mas contra animais daninhos e ferozes”.

Cabe citar que, em sequência à implantação do Hospital-Colônia Juliano Moreira, houve a construção em outras partes do estado da Paraíba de outras instituições destinadas aos pacientes com problemas de saúde mental. Vejamos no quadro a seguir a sequência de abertura de instituições de saúde mental no estado da Paraíba entre os anos de 1963 a 1994, assim como o período de funcionamento e a cidade de implantação.

#### **QUADRO 14**

Abertura de instituições de saúde mental na Paraíba entre 1963 e 1994

NOME	ANO/ FUNCIONAMENTO	CIDADE
Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (INCAERF) (Popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro)	1963-2005	Campina Grande
Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP)	1965 até os dias atuais	João Pessoa
Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande S/C Ltda	1966 até os dias atuais	Campina Grande
Casa de Saúde São Pedro Ltda	1966-2014	João Pessoa
Clínica Sta. Amália	1967-1981	João Pessoa
Clínica Coelho Filho Ltda	1967-1970	João Pessoa
Hospital de Saúde Mental de Guarabira	1976-1976	Guarabira
Clínica do Stress	1982 até os dias atuais	Cabedelo
Casa de Saúde Sta. Bárbara	1994-1994	João Pessoa

**Fonte:** Elaboração própria com base no estudo de Silva (2014)

Notemos que, desde o ano de inauguração da primeira instituição psiquiátrica no estado até o momento de gênese do movimento da Reforma Psiquiátrica (já mencionado no primeiro capítulo deste estudo), ocorreu a disseminação desse tipo de instituição, com caráter asilar. Assim como elucida Silva (2013), a assistência oferecida era medicalizante, curativista e segregadora, e além disso, se disseminou a prestação desses serviços principalmente pelo setor privado. Observamos também que a concentração dessas instituições perdurou entre o eixo Campina Grande – João Pessoa.

No estado da Paraíba o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força por volta de 1995, através do Ante-Projeto de Lei proposto à Assembleia Legislativa pelo deputado estadual Francisco Lopes da Silva (PT/PB). Cabe citar que tal projeto era uma repetição da proposta do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que objetivava a Reforma Psiquiátrica no país. Nas palavras do Profissional D: “*A Reforma Psiquiátrica foi uma conquista enorme, foi feita na saúde, pelos profissionais, foi feita pelos próprios pacientes*” (Profissional D, Campina Grande, 2020). Ou seja, é importante frisar que o movimento que ocorria em todo o país, inclusive no estado da Paraíba, teve forte participação dos profissionais, dos familiares e até dos próprios pacientes.

Como pudemos ver no capítulo anterior, a política de saúde mental brasileira sofreu uma revisão crítica a partir da década de 1980 e sua concepção atual é fruto do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, concebida no bojo da Reforma Sanitária, porém, implantada em paralelo ao contexto de contrarreforma do Estado no Brasil da década de 1990, o que impossibilitou sua efetivação integral como preconizam os princípios do SUS. Todavia, ainda

assim tivemos consideráveis mudanças advindas desse momento histórico, como por exemplo, a adoção de novos modelos de ações e serviços para a saúde mental.

O grande divisor de águas para a saúde mental brasileira como texto normativo foi a promulgação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que veio dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, além disso, redirecionar o modelo assistencial em saúde mental em todo o país.

No seu artigo 1º é destacado:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001).

Notamos que esse artigo é dedicado integralmente à afirmação dos direitos dos pacientes, seguindo uma propensão dos direitos de terceira e quarta gerações definidos por Bobbio (2009). Nas palavras de Delgado (2011, p. 117), “ela se fundamenta nos direitos, específicos e difusos, e na cidadania plena dos pacientes”. E logo em seguida, em seu artigo 2º, a lei elenca nove direitos básicos. São eles:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Notemos que, entre os direitos acima supracitados, é priorizado o tratamento comunitário, que logo no artigo 4º vem ser reforçado através da afirmação de que a internação involuntária é uma modalidade de tratamento que deve ser utilizada apenas nos casos que são indispensáveis (BRASIL, 2001).

Com isso, a partir dessa Lei, o contorno da história da assistência às pessoas com problemas mentais no estado das Paraíba ganhou novas formas. Consoante Silva (2014), foi mais precisamente com o fechamento do Hospital João Ribeiro no ano de 2005, após

avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e de inúmeras irregularidades identificadas, que o Hospital João Ribeiro foi descredenciado da rede do SUS, dando início a um processo de desinstitucionalização da loucura no estado que teve destaque em âmbito nacional.

Em 28 de abril de 2005 o jornal Correio da Paraíba publica a notícia com a seguinte manchete: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no João Ribeiro”. A notícia relatava os inúmeros problemas identificados no local, e o caso “extrapolou a tolerância humana” como cita Magno (2005).

Consoante Fátima Brito (2010,) na matéria, os motivos da intervenção decorriam da negligência e violação de direitos humanos fundamentais: “Doentes mentais estão abandonados. Camas não têm colchão e o banho feito com uma mangueira, é em grupo. Ministério da Saúde prometeu “mudança radical” (BRITO, 2010, p.10)<sup>55</sup>.

Isto é, as irregularidades ainda presentes no início do século no estado da Paraíba, assim como em todo o país, só começam a ser abolidas legalmente após a promulgação da Lei 10.216/01 e da construção do novo modelo de assistência aos pacientes com problemas de saúde mental. Como cita Delgado (2011), a lei se fundamenta nos direitos e na cidadania plena dos pacientes, o que traz à tona a ideia das pessoas portadoras de transtornos mentais como cidadãos portadores de direitos.

Após tal lei, ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que configurou um dispositivo fundamental de participação e controle social no âmbito da saúde mental brasileira. O Relatório Final da III Conferência manifesta o consenso das propostas da Reforma Psiquiátrica e com isso são pactuados princípios, diretrizes e estratégias que dão maior visibilidade e sustentação para a mudança da atenção a saúde mental no país, inclusive na Paraíba.

Temos então dado o início do processo de desinstitucionalização dessas pessoas. Mas do que trata esse processo? Bem, nas instituições de saúde mental se encontravam pessoas que viviam há anos no local, ou que possuíam um longo período de internação. Para Amarante (1995), a desinstitucionalização constitui o reconhecimento dos direitos e das novas práticas voltadas aos que, sem justificativa, foram excluídos do direito à cidadania, dos que não

---

<sup>55</sup> Entramos em contato com o jornal citado com intuito de obter o exemplar, no entanto a equipe afirmou que possuem em seus arquivos apenas exemplares dos últimos 5 anos, o que impossibilitou a consulta direta à fonte para nossa pesquisa. Todavia, utilizamos o trecho trazido no trabalho de Fátima Brito intitulado “Relatos Orais e Reforma Psiquiátrica: instaurando rasuras e produzindo discursos” e apresentado no X Encontro Nacional de História Oral: testemunhos, história e política, na cidade de Recife.

tiveram o direito à liberdade, ao desenvolvimento de suas potencialidades e até mesmo de sua autonomia.

Nesse instante cabe diferenciar desinstitucionalização de desospitalização. A desospitalização trata do processo de construção de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como locus de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social. Já a desinstitucionalização trata de um processo bem mais complexo, pois fundamenta-se na ideia de desconstrução e invenção. Nessa perspectiva desinstitucionalizar é, acima de tudo;

[...] ocupar-se do sujeito e não da doença, para a partir daí, as instituições de cuidados ganharem um novo sentido e o tratamento deixar de significar apenas prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias tornar-se um ocupar cotidiano do tempo, do trabalho, do lazer, do ócio, do fazer algo, construir uma atividade conjunta etc (NOGUEIRA, COSTA, 2007, p.5).

Por esse viés surgiu a proposta de desinstitucionalização manicomial como estratégia vital para a aplicação dos princípios de uma Reforma Psiquiátrica comprometida com os usuários.

A partir da série de normatizações do Ministério da Saúde houve a repercussão na mudança da oferta das ações e serviços de saúde mental. Tais serviços passaram a ser ofertados através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, que tem como finalidade a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental no âmbito do SUS. Isso significa que a saúde mental passou a ser oferecida através de uma rede de atenção que deve atuar de forma intersetorial e articulada. A RAPS se encontra organizada, como podemos ver no quadro a seguir, através dos seguintes componentes no Quadro 15:

## **QUADRO 15**

Organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de apoio à saúde da família;</li> <li>• Consultório na rua;</li> <li>• Centros de convivência e cultura.</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial (em suas diferentes modalidades).</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samu 192;</li> <li>• Sala de estabilização;</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, unidades básicas de saúde.</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de acolhimento;</li> <li>• Serviços de atenção em regime residencial.</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em hospital geral;</li> <li>• Leitos de SM no hospital geral.</li> </ul>
<b>Estratégias de desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços residenciais terapêuticos;</li> <li>• Programa “De Volta para Casa”.</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de geração de trabalho e renda;</li> <li>• Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria baseada em informações do Ministério da Saúde sobre os CAPS (2020)

É nesse instante que os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dentro da Atenção Psicossocial Estratégica na RAPS, assumiram o papel fundamental na organização comunitária dos cuidados, realizando o direcionamento local das políticas, das ações e dos programas direcionados à Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o CAPS é o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado, comunitário e promotor de vida.

Além disso, o principal objetivo do CAPS é ofertar atendimento à população da área de abrangência, através de acompanhamento clínico e reinserção social pelo processo do trabalho, exercício dos direitos civis, do lazer e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Com isso, ainda segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS visam prestar atendimento diário, gerir projetos terapêuticos, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais articulando educação, lazer, trabalho, cultura, esporte. Também devem dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção básica, regular a porta de entrada da saúde mental de sua área, manter atualizada a listagem de usuários que utilizam medicamentos para saúde mental, entre outras coisas.

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foi a responsável pelo estabelecimento das modalidades de CAPS e também de sua equipe mínima<sup>56</sup>, definindo-os por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Atualmente possuímos algumas modalidades de CAPS e suas especificidades, como podemos ver no quadro a seguir:

### QUADRO 16

#### Organização das modalidades de CAPS

MODALIDADE DE CAPS	CARACTERÍSTICAS
<b>CAPS I</b>	Atende todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, especialmente devido ao uso de substâncias psicoativas, atende regiões e cidades com pelo menos 15 mil habitantes.
<b>CAPS II</b>	Atende todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, especialmente devido ao uso de substâncias psicoativas, atende regiões e cidades com pelo menos 70 mil habitantes.
<b>CAPS III</b>	Atende até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes especialmente devido ao uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
<b>CAPS AD</b>	Atende todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
<b>CAPS AD III</b>	Atende de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
<b>CAPS AD IV</b>	Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento. Funcionamento 24h por dia em todos os dias da semana. Pode ser destinado ao atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Municípios com mais de 500.000 habitantes.
<b>CAPSi</b>	Atende a crianças e adolescentes, com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

**Fonte:** Elaboração própria baseada em informações do Ministério da Saúde sobre os CAPS (2020)

Os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidado com a saúde mental, tornando-se protagonistas do novo modelo de atenção à saúde mental. As práticas realizadas devem ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade e no bairro. Todo o trabalho no CAPS deve ocorrer em um “meio terapêutico”, ou seja, tanto sessões individuais ou em grupo têm finalidade comunitária (BRASIL, 2004).

<sup>56</sup> Aspectos acerca da equipe mínima dos CAPS serão abordados de forma mais precisa na continuação do capítulo deste estudo.

O primeiro CAPS do Brasil foi instalado ainda no ano de 1986, na cidade de São Paulo, denominado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (SILVA, 2014). E a partir da Lei 10.216/01 e da Portaria 336/2002 começaram a serem construídos outros CAPS em vários outros municípios de todo país, especialmente no estado da Paraíba.

Dentre as modalidades de CAPS citados, mantivemos nosso enfoque nos CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenis), uma vez que no campo da saúde mental a população Infantojuvenil permaneceu em segundo plano por anos, em comparação com a população adulta. Consoante afirma Delgado (2011), é curioso, inclusive, como na década de 1990 se passou ausente à discussão sobre o tema de crianças e adolescentes no debate da Reforma Psiquiátrica, uma vez que foi nessa mesma década que se discutiram os rumos das políticas para crianças e adolescentes através do ECA. Porém, as duas políticas não se encontraram.

Isso fica evidente até mesmo ainda no relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que não faz menção às crianças e adolescentes, contendo “apenas uma frase quase que apenas constatando que esses seres existem” (DELGADO, 2011, p. 118). Já no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) tínhamos todo um capítulo destinado às crianças e adolescentes, incorporando assuntos relacionados à violência, crianças em situação de rua e uso de drogas, e também houve uma forte incorporação do tema sobre direitos humanos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) todas as modalidades de CAPS podem atender a população de crianças e adolescentes, dependendo da organização da RAPS no território. Todavia, pensando especialmente nesse público é que foi definida a modalidade de CAPS Infantojuvenil (CAPSi). Como vimos no quadro sobre a definição das modalidades de CAPS, o CAPSi é destinado a atender crianças e adolescentes que apresentem prioritariamente transtornos mentais graves e persistentes, inclusive aquelas pelo uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

Nesses rumos, as crianças e adolescentes, hoje, possuem assegurados constitucionalmente uma rede de proteção social integral, em especial uma atenção em saúde que leva em consideração os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença a partir do conceito ampliado de saúde, ultrapassando a mera ausência de doenças e considerando os aspectos mentais e sociais, como preconiza a Constituição Federal de 1988.

No que tange a expansão dos CAPS no país, como afirma o Ministério da Saúde (2017), entre o ano de 1998 e 2002, foram construídas 424 unidades. Durante o governo Lula (2002-2011) esse número cresceu para 1.742, e ao final do governo Dilma (2016), o número fechou em 2.455. Especialmente os CAPs na modalidade infantojuvenil, entre os anos de 2006 e 2014, o número passou de 75 para 201 (BRASIL, 2017). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2017), até o ano de 2017, o país possuía dentre CAPS nas modalidades I, II, III, i, ad, ad3, um total de 2.462 unidades em todo o país. Na modalidade CAPs Infantojuvenil possuía 229 unidades, 48 dessas concentradas na região Nordeste.

No estado da Paraíba, até março de 2019, tínhamos 12 CAPSi distribuídos pelos municípios como veremos a seguir no Quadro 17:

### QUADRO 17

Distribuição de CAPSi por município na Paraíba

MUNICÍPIO	QUANTIDADE
Conceição	1
Cajazeiras	1
Campina Grande	2
João Pessoa	1
Mataraca	1
Patos	1
Pombal	1
Piancó	1
Princesa Isabel	1
Sapé	1
Sousa	1
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>

**Fonte:** Coordenação Estadual de Saúde Mental do estado da Paraíba, atualizado em março de 2019.

O estado da Paraíba, segundo o Ministério da Saúde (2012), até o ano de 2012 ocupava o primeiro lugar no *ranking* de cobertura de CAPS, considerando 1 (um) CAPS por 100.000 habitantes, possuindo a Paraíba uma cobertura de 1,27 CAPS/100.000 habitantes. Essa classificação é considerada como “muito boa” pelo órgão. Todavia, no estudo de Silva (2014), percebemos que o estado possui parte dessa avaliação da cobertura de CAPS como “muito boa” devido ao município de Campina Grande, pois esse possui uma rede de serviços substitutivos ampla, isso em comparação com os demais municípios do estado. Com isso, o que deveria se configurar um salto qualitativo no atendimento prestado em saúde mental acaba revelando uma disparidade entre os municípios no estado.

Para além, tomando a afirmação do Ministério da Saúde (2012) sobre a cobertura adequada desses serviços, fica evidente a discrepância se levarmos em consideração que dos 223 municípios do estado, inúmeros outros se encontram desassistidos, pois há uma concentração dos CAPSi nas grandes cidades, levando a uma carência de uma rede mais ampla em todo o estado.

Cabe enfatizar que, ao tratarmos acerca da efetivação da oferta da política de saúde mental através dos CAPSi temos que levar em consideração inúmeras interfaces, pois o grande desafio da Reforma Psiquiátrica perdura sendo a transformação da clínica e a inclusão social desses sujeitos na sociedade, e o que podemos notar ao longo do nosso estudo é que esses desafios vêm se agravando devido ao processo de contrarreforma do Estado implantado no país na década de 1990.

### **2.3 Condições objetivas de funcionamento dos CAPSi**

Como cita Marx (1998, p. 47), “O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência”. Nessa perspectiva podemos considerar que os meios materiais permitiram e permitem que os homens continuem a existir, e essa produção, quanto um fato histórico, determina a interação entre homem, natureza e outros seres, assegurando assim a manutenção da existência social.

As condições objetivas nessa ótica são aquelas relativas à produção material da sociedade, são condições postas na realidade material. De acordo com Guerra (2002), temos, por exemplo, a propriedade dos meios de produção, a divisão social e sexual do trabalho, a conjuntura, os espaços sócio-ocupacionais, os objetos e os campos de intervenção, as relações e condições materiais de trabalho. Sendo assim, as condições objetivas são fundamentais para a garantia da efetivação dos direitos, uma vez que são através delas que se dá a implementação e oferta das ações e serviços mediante políticas públicas.

Como vimos no capítulo anterior, o sistema capitalista produz e reproduz desigualdades, e em sua forma mais atual, através do neoliberalismo, visa incessantemente o ataque a direitos conquistados historicamente, especialmente no campo da proteção social, da saúde. A garantia do direito à saúde mental é explicitado em um arcabouço normativo e intelectual que vem sendo formulado e gestado desde a década de 1990, e desde então são

inegáveis as inúmeras mudanças e avanços na oferta das ações e serviços de saúde e saúde mental, tornando-se o Estado o principal responsável por essa garantia desde esse período.

Todavia, os princípios e diretrizes que estabelecem as formas de organização, distribuição e oferta da política de saúde mental brasileira não são suficientes para a garantia da efetivação dessa política pública, pois sofrem constantemente percalços devido as próprias condições objetivas de implementação da política, seja através dos recursos, do financiamento, da própria estrutura física dos CAPSi, da oferta das ações e serviços, da crescente demanda pela saúde mental em nossa sociedade capitalista. Dessa forma, nossa pesquisa, mais precisamente neste capítulo, visa trabalhar e analisar essas dimensões consideradas por nós fundamentais para a concretização da saúde mental infantojuvenil nos CAPSi no estado da Paraíba.

### ***2.3.1 Financiamento e Recursos***

Ainda no primeiro capítulo deste estudo abordamos algumas características do financiamento da política de saúde brasileira. Essa definição é estabelecida pela própria Constituição Federal de 1988 que determinou as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) como principais financiadores do Sistema Único de Saúde, conseqüentemente da política de saúde mental, pois essa é subfinanciada do SUS.

Os recursos, de acordo com o artigo nº 195 da CF/1988, devem advir do orçamento da Seguridade Social, da União, do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1990). Destacamos que, as “outras fontes”, assim como já abordado, não são levadas em consideração pelos teóricos neoliberais que construíram a ideia basilar das atuais reformas alegando haver um déficit no sistema de seguridade que expõe as políticas públicas a necessidades de redução nos seus investimentos e gastos. Entretanto, enfatizamos que esse argumento já foi quebrado por diversos estudiosos que se dedicam à análise de tal problemática.

Retornando nossa discussão acerca do financiamento da política de saúde mental como importante dimensão para a garantia de sua efetiva oferta, o próprio SUS ao longo das últimas décadas sofreu impactos do processo de contrarreforma, que mesmo perpassando governos com ideais voltados à defesa das políticas públicas se perdurou a dificuldade de obtenção de formas estáveis e montantes suficientes para seu financiamento.

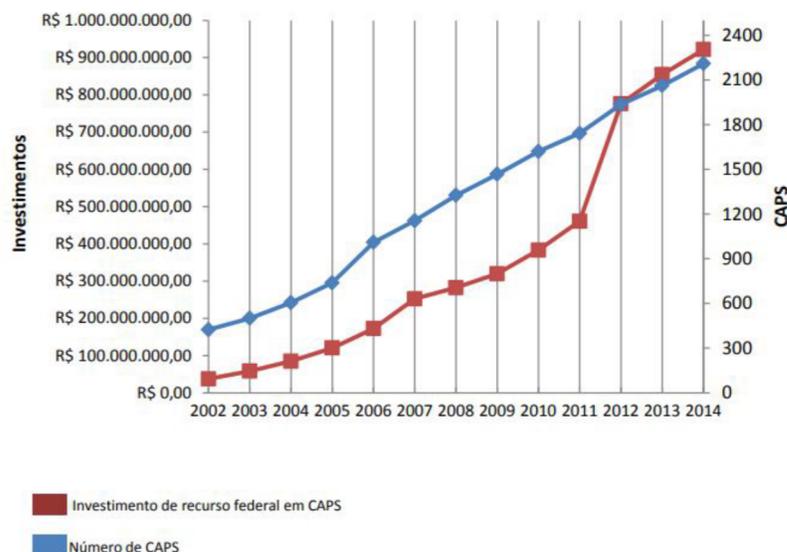
A Portaria de nº 3.089, de dezembro de 2011, dispõe acerca do financiamento para manutenção mensal, de acordo com cada modalidade dos CAPS, para custeio das ações e dos serviços ofertados. De acordo com a Portaria o valor fixo destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial destinadas aos CAPSi é de R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais. Entretanto, cabe sinalizar que não identificamos em nosso estudo nenhuma fonte ou documento oficial que assegure os valores exatos que estão sendo destinados aos CAPSi que fizeram parte de nossa pesquisa ao longo desses anos.

Todavia, é relevante sinalizar que desde o ano de 2005, como afirma Barbosa e Oliveira (2018), houve uma inversão dos gastos do Ministério da Saúde com saúde mental, cujo maior montante passou de hospitalar para extra-hospitalar, em razão da queda do número de internações psiquiátricas em consequência da redução dos leitos hospitalares e do avanço dos serviços extra-hospitalares, como no caso dos CAPS.

De acordo com o documento Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015), a Portaria nº 3.089/2011 possibilitou um importante salto no que tange ao financiamento dos CAPS. Podemos ver no gráfico a seguir o aumento de recursos financeiros federais para o custeio dos CAPS em função do aumento dos serviços entre os anos de 2002 e 2014.

### Gráfico 01

Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial entre dez/2002 a dez/2014



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015)

O último documento publicado pelo Ministério da Saúde identificado por nós que traz os dados acerca da saúde mental no país é o citado acima (Saúde Mental em Dados 12), referente ao ano de 2015. Nele podemos identificar o enorme avanço nos investimentos dos CAPS como nova forma de atenção à saúde mental, especialmente após a Portaria nº 3.089/2011 entrar em vigor.

Entretanto, a partir de nossa pesquisa de campo, identificamos por meio do relato dos gestores e profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos CAPSi, que o financiamento e os recursos alocados para esses Centros ainda se demonstraram ínfimos. E, quanto a identificação precisa/quantitativa dos recursos que foram destinados aos CAPSi no intervalo de tempo que o nosso estudo se propõe analisar, não conseguimos coletar tais informações. Isso se deu, pois a própria direção dos Centros alegou não possuir esses dados e, quando procurados, a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Finanças dos municípios, expuseram que não possuíam permissão para o repasse de tais informações.

Essa dificuldade de obtenção dos dados de maneira precisa não inviabilizou nossa apreensão acerca da problemática do financiamento para os CAPSi, pois diante da fala dos/as coordenadores e dos profissionais que participaram de nosso estudo, conseguimos identificar o financiamento como algo preocupante para a efetivação da saúde mental em tais locais.

Podemos perceber na fala de um gestor, no caso o do CAPSi do município de Patos, localizado no sertão do estado, quando indagado/a sobre acreditar que os investimentos ainda são poucos e deveriam ser maiores, uma evidente insatisfação com o valor hoje destinado quando afirma que:

*Considerando a importância, a essencialidade do serviço, a demanda crescente de usuários, acredito que os valores devem ser maiores sim! Atualmente a demanda de sofrimentos psíquicos vem aumentando cada vez mais, e com isso surge a necessidade de ampliação da equipe multiprofissional para que possa atender as necessidades de cuidado desses usuários. Além disso, é necessária a aquisição de equipamentos, materiais e insumos mensais para o funcionamento das oficinas terapêuticas. É importante, também, acrescentar o compromisso da gestão em aplicar adequadamente para atender todas as necessidades do serviço, garantindo assim uma assistência de qualidade a todos que buscam e precisam do CAPSi (Coordenador A, 2020).*

Notemos que o gestor relata a relevância de maiores investimentos no CAPSi, especialmente pelo fato de haver um aumento da demanda pelos serviços, o que conseqüentemente resulta na necessidade da expansão da equipe, dos materiais, equipamentos e insumos. Além disso, o gestor ressalta a importância do compromisso da gestão municipal

na aplicação adequada dos recursos em tal área, para que com isso haja uma qualidade da assistência no CAPSi.

Quanto ao município de Campina Grande, o gestor do CAPSi, ao ser indagado sobre a necessidade dos valores destinados ao financiamento serem maiores, explicita que:

*Embora não saiba o montante da verba, acredito que poderia haver maiores investimentos na saúde mental, setor tão esquecido mesmo nos pleitos, mas que é de suma importância em todas as áreas. Os repasses são ínfimos, trabalhamos com RH reduzido, falta de materiais, baixos salários, etc. (Coordenador B, 2020).*

Tal gestor confirma não conhecer os valores destinados pelo município para manutenção do CAPSi, todavia, reconhece que o aumento de tal valor é fundamental para a melhoria do serviço uma vez que o Centro se encontra atuando com redução de recursos humanos, materiais, salários baixos para os profissionais, entre outros problemas. Já a gestão do CAPSi de João Pessoa não se pronunciou quanto ao financiamento.

Delgado (2010) alerta sobre a problemática do financiamento da saúde mental, que mesmo tendo evoluído nas últimas décadas, ainda é bastante ínfimo. O sistema público de saúde brasileiro gasta cerca de 2,7% do seu orçamento em saúde mental, e o indicado é aproximadamente 4%, o que se justifica pelo fato da demanda pela saúde mental atingir pelo menos 25% da população em geral em algum momento da vida e 12% ao longo de um ano (DELGADO, 2010). Consoante um dos profissionais com experiência de atuação na saúde mental em outros países:

*Tive experiência internacional, então em comparado com outros países nunca tivemos recursos vastos para a saúde. Nunca tivemos um olhar que deveríamos ter tido para o direito à saúde. Obviamente o que temos hoje com o SUS nem se compara a antes do SUS, mas o que percebemos é um desmonte do que foi conquistado até então, um desmonte do SUS que afeta diretamente a saúde mental né?! (Profissional B, Patos, 2020).*

Como resultado do baixo financiamento dos CAPSi há uma escassez de recursos para as condições objetivas de efetivação da política de saúde mental para as crianças e adolescentes dessas unidades. Como afirma o profissional D, de Campina Grande: “*Uma das maiores dificuldades é a falta de recursos, com relação ao incentivo a coisas que realmente precisamos como brinquedos, jogos, o local lúdico adequado.*”. Além disso, o profissional completa afirmando que os materiais que o CAPSi possui se encontram sucateados, com isso:

“muitas crianças estão cansadas de ver o mesmo jogo ai perguntam “ô tia, não tem outro jogo não?”. Todavia, como forma de superação dessa dificuldade, profissionais relataram que algumas vezes utilizam recursos próprios para adquirirem materiais que assegurem a atuação profissional.

*Eu acho que a gente vai tentando superar, enfim, enfrentar diariamente os desafios. Existem restrições, sabe? Em relação a recurso, materiais [...] nós colegas, vamos nos ajudando. Se tá faltando num serviço e no local que fornece ainda não tá disponível, então ainda quem tem vai suprindo as necessidades. A gente vai se adaptando. A gente vai aprendendo muito a se adaptar as coisas. A gente colabora, faz um “junte” e compra, é nesse sentido! (Profissional C, Campina Grande, 2020).*

Esse tipo de depoimento, referente aos profissionais retirarem dos recursos próprios valores para aquisição de materiais, muitas vezes básicos, foi comum durante nosso estudo. A grande maioria citou que já recorreram a esse tipo de prática para poderem exercer sua atuação junto dos usuários, seja de maneira coletiva, como na fala acima - onde os profissionais se unem e fazem “um junte”, uma espécie de “vaquinha” -, ou de maneira individual, como relata o seguinte profissional que “cansado de trabalhar com o mínimo do mínimo” ou com “restos de brinquedo”:

*Já cheguei a comprar com recurso próprio! Comprei já caixa de lápis. Agora mesmo no Setembro Amarelo tivemos que comprar os materiais para as lembrancinhas e ornamentação, foi tudo do nosso bolso, não veio recurso! Disseram que iam solicitar esse recurso, mas até agora nada (Profissional B, Patos, 2020).*

Notemos que imersos no cotidiano profissional e submetidos a uma lógica de trabalho muitas vezes inoperante, os profissionais recorrem a recursos próprios, e não podemos deixar de citar que isso ocorre numa lógica em que os próprios valores de salários já são ínfimos, então há uma porosidade na fronteira entre envolvimento profissional e envolvimento humano<sup>57</sup>. Além disso, os profissionais desenvolvem confecção de “lembrancinhas” e utilizam recursos para “ornamentação”, ao invés de priorizarem atividades voltadas às discussões acerca das problemáticas de saúde mental, como vimos na fala a pouco citada,

---

<sup>57</sup> Identificamos em nosso estudo que essa problemática, já presente, teve forte agravamento no contexto de pandemia que vivemos, entretanto, discorreremos de maneira mais aprofundada no tópico específico sobre as condições de trabalho dos profissionais durante a pandemia de Covid-19, no próximo capítulo deste trabalho.

contudo, essas atividades podem ser um meio de “atrair” os usuários a participarem desses eventos. É muito comum instituições trabalharem com esse tipo de atividade como forma de despertar interesse nos usuários e familiares.

Em nosso estudo destacamos como um dos principais instrumentos neoliberais de ataque e desmonte da saúde no país a Emenda Constitucional 95 (EC – 95), aprovada em 2016 no governo Temer, medida esta que aumenta as incertezas quanto ao financiamento da política de saúde brasileira. O cálculo dos impactos dessa medida já foi apresentado por vários teóricos, além de ser destacada a preocupação com a continuidade de um sistema público de saúde brasileiro devido aos ideais de privatização do SUS pregados pelos governos hegemônicos atuais.

Destacamos em nossa pesquisa as percepções acerca do conhecimento e posicionamento dos profissionais dos CAPSi acerca de tal medida. Profissionais esses que vivenciam o cotidiano da saúde mental Infantojuvenil, e que se tornam instrumentos fundamentais para a efetivação da garantia do direito humano à saúde mental.

Em unanimidade os sujeitos de nossa pesquisa relataram ter conhecimento sobre a Emenda Constitucional 95. No entanto, a maioria afirmou possuir uma compreensão mínima, com informações obtidas apenas pela mídia, em noticiários ou discussões informais do cotidiano, assim como citado por um dos profissionais: *“Eu sei assim, resumidamente, que aconteceu o congelamento, mas eu não cheguei a ler a Emenda. A gente que trabalha fica trocando essas angústias em relação a isso.”* (Profissional C, Campina Grande, 2020).

Mesmo não possuindo conhecimento aprofundado acerca de tal medida, também identificamos a aflição que a EC 95 causa nos profissionais, pois esses compreendem que o SUS necessita de consolidação do seu financiamento e não de corte de investimentos, conforme relata um profissional em tom revoltante quando indagado a respeito e qual seu posicionamento frente à EC 95: *“Eu estaria mentindo se dissesse que estou totalmente acompanhando. Por dentro eu não estou! Agora o conhecimento? tenho! Se você congela a educação e a saúde, o que que você quer? Você quer acabar com o SUS! Né não?!”* (Profissional D, Campina Grande, 2020).

Além disso, durante tal entrevista, o profissional desabafa suas angústias acerca do medo de um possível retrocesso ao modelo manicomial de atenção à saúde mental:

*Se você não dá recurso suficiente pra que um trabalho que **vinha** sendo desenvolvido não venha a dar continuidade, há retrocessos. Tudo que for para retirar da saúde seja primário, secundário, terciário... Porque os hospitais precisam, os ambulatórios precisam, e os CAPS também precisam,*

*como é o caso do CAPSi, então há retrocesso! Só sei na capacidade de mudar o sistema, voltar os hospitais psiquiátricos, porque se acontecer vai ser um retrocesso grande, enorme! E isso nos aflige!* (Profissional D, Campina Grande, 2020).

Dentre os participantes do estudo, o que mais demonstrou conhecimento acerca da EC 95 foi um profissional inserido no meio acadêmico em nível de mestrado. Esse/a profissional afirma que: *“Já discutimos bastante no mestrado! Mas no CAPSi nunca discutimos diretamente. Não se fala sobre isso! Não há reuniões para esse tipo de discussão.”* (Profissional B, Patos, 2020).

Com isso, notamos que assuntos relacionados às decisões políticas que vem sendo tomadas pelo Estado frente à saúde mental, como a exemplo das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e a própria EC 95, não são abordados pelos profissionais no espaço de trabalho como assuntos de reunião e discussão. A coordenação de um dos CAPSi alega que: *“As questões de financiamento são, raramente, discutidas a nível de gestão (diretores, coordenadores, gerentes e secretários de saúde) e nas Conferências Municipal de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, que sempre é discutido um eixo sobre financiamento.”* (Coordenador A, 2020).

Tal coordenação afirma que esse tipo de discussão não é levantado no CAPSi, seja pelos coordenadores ou até mesmo pelos secretários de saúde, e que somente nas Conferências há discussões sobre financiamento. Porém, Azevedo (2010) enfatiza que essas discussões, além de serem fundamentais, precisam produzir progressos, pois a problemática do financiamento ainda representa um entrave na consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica no que tange à sua regulamentação e efetivação.

### ***2.3.2 Estrutura e característica física dos CAPSi***

Além do financiamento, outro grave problema que prejudica a efetivação da saúde mental para crianças e adolescentes nos CAPSi diz respeito à estrutura desses Centros. Em suas diferentes modalidades, os CAPSi são pontos estratégicos da RAPS e operam em territórios compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos diversos cenários nos quais se desenvolve a vida dos usuários e dos seus familiares e constituem-se como um lugar na comunidade (BRASIL, 2004). Sendo assim, tal “lugar” ocupa o espaço de promotor da vida e do cuidado, e possui a missão de garantir o

exercício da cidadania e da inclusão social de usuários e familiares. Dessa forma, os CAPSi em especial, passaram a ser então o novo lugar social para as crianças e adolescentes com experiência decorrente de transtornos mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas.

Como pudemos ver, os CAPSi são implementados em municípios acima de 70 mil habitantes, e o estado da Paraíba possui até o momento um total de 12 unidades de CAPSi. De acordo com o Manual de Estrutura Física dos CAPS (BRASIL, 2013), esses espaços destinados ao cuidado e apoio dessas pessoas são também projetos de vida e de exercício de direitos, e nessa perspectiva, os “espaços CAPS” devem ser projetados considerando algumas características e particularidades.

A primeira afirmação referente à construção dos CAPS é de que são serviços de portas abertas, em seu sentido mais literal e simbólico, rompendo totalmente com o modelo asilar e privatista de liberdade antes aplicado. Além disso, devem ser desenvolvidos e disponibilizados acolhimento, apoio, cuidado e suporte aos usuários e familiares. Também deve ser um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário.

Quanto ao local, é importante enfatizar que o Manual explicita que esses devem expressar o “cuidar em liberdade” e traz a afirmação de um lugar social para esses sujeitos com garantia de atenção contínua de até 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade e a depender da modalidade de CAPS.

Acerca dos ambientes que os CAPS precisam possuir, é fundamental que tenham *recepção*, onde esse ambiente é entendido como espaço de acolhimento em que ocorre o primeiro contato com os usuários e/ou com seus familiares e a unidade. Não seria apenas uma sala, mas um espaço acolhedor, acessível, com sofás, cadeiras, poltronas, mesas para a recepção, que possam comportar as pessoas que chegam à unidade.

Além disso, os CAPS devem possuir *salas de atendimento individualizado*, para a realização de consultas, entrevistas, acolhimento, terapias, orientações. Nesse espaço é importante que haja a garantia da privacidade para os usuários e familiares, assim como também para os profissionais da equipe multiprofissional realizar sua atuação. Segundo o Manual (BRASIL, 2013), é necessário que haja uma pia para higienização das mãos, cadeiras, mesa com gavetas, sofá e armário, e é importante que ao menos uma dessas salas de atendimento individualizado contenha maca para avaliações clínicas e psiquiátricas, caso seja necessário.

Também é necessário que os CAPS possuam *salas de atividades coletivas*, que são espaços para atividades em grupos, atividades corporais, expressivas e comunicativas. Esse

espaço é ideal para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo dos usuários e dos familiares, de reuniões com familiares, de ações de suporte social e comunitário entre outras. Os móveis do ambiente devem ser de caráter flexível permitindo a organização de rodas, fileiras, minigrupos, espaço livre, etc, e pode conter equipamentos de projeção, DVD, aparelho de televisão, armário para recursos terapêuticos e de higienização das mãos.

Outro ambiente importante são os *espaços de convivência*, em que são realizados encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como também visitantes, profissionais ou pessoas de instituições do território. É fundamental que seja um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. Os CAPS também devem possuir no mínimo 02 (dois) *banheiros*, um masculino e um feminino, adaptados para pessoas com deficiência e o número dos sanitários e chuveiros deve ser adequado ao fluxo de pessoas.

Os CAPS também devem conter *sala de aplicação de medicamentos e posto de enfermagem*, com bancada para preparo de medicação, pia, armários e mesa com computador, onde a equipe técnica realizará seu trabalho. Além disso, também deve conter *quarto coletivo* com acomodações individuais (para acolhimento noturno com duas camas e banheiro). O manual enfatiza que é importante o CAPS conter ao menos 01 (um) quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitam de atendimento 24 horas.

Também é importante conter *sala de reunião* para as reuniões em equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais. *Sala administrativa* com escritório, espaço com mesa, cadeiras e armário, além de conter *sala para arquivo e almoxarifado*. Também é relevante, de acordo com o manual, o CAPS possuir *refeitório e copa* para preparação de alimentos, pois deve oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. *Banheiro* com vestuário para funcionários, *depósito de material de limpeza, rouparia, abrigo de recipientes de resíduos* (lixo), e *área com espaço para embarque e desembarque de ambulância e área externa de convivência*.

Cabe enfatizar que, assim como salienta Silva e Lima (2017), a gestão dos CAPS depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município que vem a influenciar seu funcionamento. As estruturas mínimas para seu funcionamento dependem das características supracitadas apontadas pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), justamente para que possam conferir a oferta e o cumprimento das atividades às quais os CAPS propõem.

Elucidamos que a análise das condições estruturais dos CAPS é fundamental tanto para aferir a qualidade da atenção ofertada, quanto para identificar as potencialidades e

fragilidades frente ao atendimento à demanda. Além disso, ainda segundo Silva e Lima (2017), há poucos estudos de avaliação de estruturas, processos e resultados dos serviços de saúde mental, especialmente nos CAPS. Esse ponto de nosso estudo se caracteriza então fundamental no instante em que proporciona uma contextualização dos requisitos básicos, e até fundamentais, para o funcionamento do serviço, especialmente no instante em que vivemos um processo de contrarreforma que afeta as condições de implementação da política de saúde.

No momento de nossa pesquisa observamos que o CAPSi do município de Patos, localizado no Sertão do estado, se encontra em uma situação de precariedade quanto à sua estrutura. Descrevemos anteriormente a estrutura adequada dos CAPS de acordo com o manual do Ministério da Saúde. Todavia, no momento de nosso estudo o CAPSi Maria de Fátima Lima não possui estrutura própria, e se encontra em funcionamento em uma sede do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)<sup>58</sup>. Tais unidades – CEREST - não são destinadas a dar suporte e atendimento a crianças e adolescentes, mas a trabalhadores urbanos e rurais. Nas palavras de um dos profissionais atuantes na instituição é relatado que:

*Atualmente acho que é o pior estágio que eu peguei o CAPSi, porque a gente nem uma sede própria temos. Até temos, mas não estamos na sede desde o início do ano. Ai colocaram a gente pra atuar no CEREST com uma sala emprestada né. Atualmente estamos atuando meio que como ambulatorial nesse centro (Profissional A, Patos, 2020).*

O relato do profissional, com voz angustiada, demonstra a preocupação em não terem disponível uma unidade específica para a atuação. E assim como já salientamos, consoante o Ministério de Saúde (2004), os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente continente e estruturado, com os recursos físicos necessários. Além disso, cabe citar que no estudo realizado por Medeiros e Tomé (2018) acerca dos desafios para a saúde mental no CAPSi de Patos realizado entre 2015 e 2018, as autoras afirmam que a instituição funcionava até 2018 em uma casa alugada, com salas de atendimento, brinquedoteca, área de uso comum, cozinha, banheiros, refeitório, piscina. Todavia, a justificativa de uma reforma no ambiente fez com que o serviço fosse direcionado ao CEREST desde o início do ano e até o mês de realização de nossa pesquisa ainda não havia conseguido estrutura própria.

---

<sup>58</sup> Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são unidades que buscam promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio de serviços de prevenção e vigilância.

Ainda de acordo com Medeiros e Tomé (2018), já havia problemas relacionados ao processo de gestão, ao número crescente de demanda, à precarização das condições de trabalho, tanto no tocante ao vínculo empregatício quanto na estrutura física do Centro. De acordo com um dos profissionais, em janeiro de 2020, “*a gestão teve que dar férias compulsórias aos funcionários porque o CAPSi não tava tendo condições de dar o atendimento aos usuários. Logo mais apareceu uma reforma pra fazer lá e até hoje nós não temos um lugar certo para atuar*”(Profissional B, Patos, 2020).

A escassez de uma estrutura física adequada para o funcionamento dos serviços constitui uma grande problemática. Além disso, o CAPSi de Patos, assim como os demais, atende inúmeras outras cidades circunvizinhas pelo fato de nem todas possuírem unidade de CAPSi. O município de Patos, de acordo com nossa pesquisa, atende em média 24 cidades circunvizinhas, o que sobrecarrega o Centro.

Questionado sobre o que considera desafio para sua atuação no CAPSi, um profissional relata:

*O primeiro grande desafio é não termos uma estrutura própria, uma estrutura própria física, uma base. O que prejudica totalmente o desempenho das ações né? Ações sociais, coletivas, com a família, que deveria ser a proposta do CAPS infantil não são viáveis. E isso não se justifica pela pandemia, se justifica desde a estrutura física. [...] eu diria as condições estruturais, as condições climáticas, as condições salariais extremamente difíceis, a negação de direitos fundamentais, nessa pandemia muitos profissionais trabalhando sem salubridade (Profissional B, Patos, 2020).*

A sólida percepção que temos com a fala do profissional é que o local onde se situa o CAPSi atualmente se configura em um enorme desafio para sua atuação profissional, o que vem a prejudicar as ações com as crianças, adolescentes e familiares. Essa escassez de local próprio torna a proposta original do CAPSi inviável. Cabe destacar que o sertão paraibano, onde o clima predominante é o semiárido, caracterizado como quente, exige uma atenção ainda maior frente às condições climáticas dessas instituições, o que se reflete na fala do profissional acima, que aponta que a falta de ar-condicionado ou de melhores condições climáticas do ambiente prejudica a sua atuação profissional.

Indagado sobre o CAPSi de Patos oferecer as condições necessárias para o exercício do trabalho especializado, outro profissional expressa em tom de desabafo o seguinte:

*De jeito nenhum! Pra o objetivo do CAPS infantil a gente não tem o espaço, sabe? Eu tenho uma sala que dá para fazer o que me cabe hoje, porque*

*estamos atendendo tipo ambulatório. A gente faz aquele acolhimento inicial do paciente, faz consulta e tal, mas para o objetivo mesmo do CAPS, de atividades, de recreação, a gente não se encontra de jeito nenhum* (Profissional A, Patos, 2020).

Segundo dados obtidos no questionário direcionado à Coordenação do CAPSi de Patos acerca da estrutura do local onde está funcionando os serviços (CEREST) o Centro possui: 08 salas de atendimento individual, 01 sala para atividade grupal, 01 espaço de convivência, 01 refeitório, 03 banheiros e 01 copa. A problemática maior é o fato de o local estar sendo sede para dois serviços de grupos/demandas totalmente distintos e que não abarca as condições propícias para a atuação dos profissionais do CAPSi.

Com isso, tendo em vista a importância de uma estrutura própria e adequada do CAPS para os usuários - muitos dos quais podem necessitar de acompanhamento contínuo com atendimentos semanais - e familiares, assim como para os próprios profissionais, é de suma relevância que haja a organização do espaço físico para a oferta dos serviços.

Algo que deve ser levado em consideração também é a problemática do objetivo do CAPS ser efetivado no município. Cabe indagar se os gestores realmente se preocupam com a garantia dessa política pública para os usuários? Num estudo sobre a relação entre Estado e Políticas Públicas Silva et al (2017) destacam que as políticas públicas são um forte campo em que situam-se diversos interesses de atores que compõem o Estado, podendo esses direcionar a formatação dessas políticas e exercer influência de acordo com seus interesses, principalmente em cidades com populações menores, onde ainda regem uma lógica colonialista. Enfatizamos isso pois, a construção desses CAPSi nos municípios muitas vezes pode ter sido motivada simplesmente por questões eleitoreiras, apenas com a finalidade de adquirirem recursos, gerar vagas de empregos por meio de contrato (sem realização de concurso público), ou também para mostrarem números de obras construídas nas cidades.

No caso do CAPSi Viva Gente, na cidade de Campina Grande, nos deparamos com condições estruturais melhores que o CAPSi de Patos, todavia, ainda assim são explicitadas algumas dificuldades, como afirma o profissional da instituição ao ser perguntado se os profissionais têm condições propícias para desempenhar sua atuação no CAPSi: *“Olhe, em comparação aos outros que nós conhecemos, nós temos! Mas ainda falta muita coisa”* (Profissional D, Campina Grande, 2020).

O CAPSi de Campina Grande, segundo dados coletados durante nossa pesquisa, conta com: 05 salas de atendimento, onde funcionam tanto para atendimento individual como

também grupal, 01 farmácia, 01 recepção, 03 salas de espera, 01 sala para a equipe técnica, 01 sala para a coordenação, 02 banheiros, 01 cozinha, 01 almoxarifado e uma área externa.

A Paraíba é referência/destaque no que tange à saúde mental (BRASIL, 2012), e isso se deve, em grande parte, ao município de Campina Grande, assim como já abordamos anteriormente neste capítulo e, inclusive, esta é a única cidade do estado que possui 02 (dois) CAPSi. Com isso, é notório que aspiramos condições consideravelmente adequadas para a efetivação da assistência à saúde mental infantojuvenil na cidade. Entretanto, assim como os demais CAPSi, o Viva Gente atende não somente a demanda do município, mas de várias outras cidades circunvizinhas, chegando a acompanhar uma média de 400 usuários, de acordo com a coordenação do CAPSi, o que sobrecarrega o Centro.

Quanto ao CAPSi Cirandar de João Pessoa, os profissionais participantes de nosso estudo que atuam na unidade avaliaram-no como uma boa estrutura física. Segundo dados colhidos durante a pesquisa, a sede do CAPSi possui 10 salas de atendimento das quais 06 podem ser utilizadas para atividades grupais, 01 espaço de convivência, 01 refeitório, 04 banheiros, área externa com vasto espaço. Os profissionais não relataram pontos negativos acerca da estrutura física da unidade, mas afirmam que a equipe multiprofissional deveria ser maior devido à demanda, questão que será aprofundada a seguir.

### ***2.3.3 Equipes multiprofissionais***

As complexidades das transformações sociais e das demandas em saúde vêm exigindo profundas mudanças nas formas tradicionais de abordagem, e a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade vem sendo apontadas como saídas para essas questões. A ideia de SUS que possuímos, a partir de um conceito ampliado de saúde (fatores físicos, sociais, mentais) baseado no princípio da universalidade e integralidade, tem em vista estratégias que visam justamente o enfrentamento dessa complexidade inerente à saúde. Para isso, é apontada a importância da articulação dos saberes profissionais a fim de atingir a integralidade do sujeito de acordo com suas necessidades, superando um modelo centrado no saber biomédico, tal como preconizado na lei da Reforma Psiquiátrica.

A partir disso, a formação de uma equipe multiprofissional para atendimento em saúde mental se torna fundamental. A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, já citada neste

estudo, institui a equipe mínima para atuação destinada ao serviço especializado que deve ser ofertado nos CAPSi, que é de:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro. c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002, p.8).

Todavia, em nossa pesquisa percebemos que, mesmo a equipe mínima sendo estabelecida nesses moldes da Portaria nº 336/2002, diante da demanda, a quantidade de profissionais se torna insuficiente para atender com eficiência todos os usuários dos CAPSi.

Para compreendermos como se dá atualmente a composição das equipes multiprofissionais dos locais onde realizamos nosso estudo, traçamos as seguintes tabelas, vejamos:

**TABELA 01**  
**EQUIPE TÉCNICA CAPSi MARIA DE FÁTIMA LIMA (PATOS)**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>Nº EFETIVOS</b>	<b>Nº CONTRATADOS</b>
Assistente Social	01	--	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01	--	01
Coordenador	01	01	--
Enfermeiro	02	02	--
Psicólogo	01	01	--
Psiquiatra	01	01	--
Recepcionista	01	--	01
Médica Pediatra	01	01	--
Auxiliar de Cozinha	01	01	--
Motorista	01	01	--
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>08</b>	<b>03</b>

**Fonte:** Elaboração própria com dados obtidos durante a pesquisa (2020)

**TABELA 02**  
**EQUIPE TÉCNICA CAPSi VIVA GENTE (CAMPINA GRANDE)**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>Nº EFETIVOS</b>	<b>Nº CONTRATADOS</b>
Assistente Social	01	01	--
Auxiliar de Serviços Gerais	02	--	02
Coordenador	01	01	--
Enfermeiro	01	01	--
Fisioterapeuta	01	--	01
Neurologista	01	--	01
Psicopedagogo	01	01	--
Psicólogo	04	01	03
Psiquiatra	02	--	02
Recepcionista	01	--	01
Técnico de Enfermagem	03	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>06</b>	<b>12</b>

**Fonte:** Elaboração própria com dados obtidos durante a pesquisa (2020)

**TABELA 03**  
**EQUIPE TÉCNICA CAPSi CIRANDAR (JOÃO PESSOA)<sup>59</sup>**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>Nº EFETIVOS</b>	<b>Nº CONTRATADOS</b>
Assistente Social	01	--	--
Auxiliar de Serviços Gerais	01	--	--
Coordenador	01	--	--
Enfermeiro	01	--	--
Fisioterapeuta	--	--	--
Neurologista	--	--	--
Psicopedagogo	--	--	--
Psicólogo	06	--	--
Psiquiatra	02	--	--
Recepcionista	01	--	--
Técnico de Enfermagem	01	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>--</b>	<b>--</b>

**Fonte:** Elaboração própria com dados obtidos durante a pesquisa (2020)

Notamos que os CAPSi possuem uma equipe multiprofissional que ainda carece de alguns profissionais fundamentais para atendimento a saúde mental de crianças e adolescentes como, por exemplo, fonoaudiólogos, e, principalmente, de profissionais alocados no quadro

<sup>59</sup> A direção do CAPSi de João Pessoa não participou ativamente de nosso estudo. Cabe citar que se caracterizou a participação mais dificultosa, em que sua participação ínfima se deu após inúmeras tentativas de contato por meio de mensagens e e-mails não respondidos e telefonemas não atendidos. Com isso não esclareceu qual o tipo de vínculo dos profissionais de sua equipe, dessa forma não tivemos acesso a informação de quantos deles são efetivos e quantos são contratados.

efetivo. No CAPSi de Campina Grande percebemos um enorme quantitativo de profissionais contratados.

Para além, em todas as unidades de CAPSi abordadas neste estudo é relatado pelos profissionais a constante demanda que sobrecarrega os CAPSi, o que resulta em uma grave problemática para a integralidade da atenção à saúde mental dessas crianças e adolescentes e exige uma ampliação da equipe de profissionais. Acerca desse ponto um dos profissionais do CAPSi da cidade de Patos expressa o seguinte: “*A demanda é enorme! Inesgotável! Todos os dias temos pacientes novos. Eu atendo em média 8 a 10 pacientes por período no dia.*” (Profissional B, Patos, 2020).

Notamos na fala do profissional, que ressalta em tom de preocupação, o sentimento de indignação frente a enorme demanda que é encaminhada para seu setor de atuação, além de enfatizar que seu conselho de classe profissional esclarece que o atendimento máximo a ser realizado deve ser de 08 pacientes diários. Isso nos comprova a necessidade não só do CAPSi de Patos necessitar de uma estrutura física própria, mas também de uma ampliação da equipe multiprofissional que consiga atender de forma efetiva a demanda.

*A equipe vem reduzindo bastante, tanto que a gente só tem hoje uma psicóloga e duas enfermeiras, e isso porque são efetivas. Não tem monitores, não tem educadores físicos, não tem outros profissionais necessários para o cuidado com as crianças. Não tem material, não tem sede. Então acho que a situação vem se precarizando bastante. Tô começando a ver agora as necessidades* (Profissional A, Patos, 2020).

Tal profissional ressalta que além da equipe vir sendo reduzida, também há falta de profissionais como monitores, educadores físicos e outros profissionais importantes para atender a demanda, o que volta a problemática da importância de profissionais que são fundamentais para o desenvolvimento das crianças, e essa escassez desses profissionais afeta diretamente a vida desses pequenos que são usuários do CAPSi. Essa demanda excessiva e escassez de um número maior de profissionais na equipe não se restringem apenas ao município localizado no sertão do estado. No CAPSi de Campina Grande temos o seguinte relato:

*[...] a demanda é muito grande principalmente de adolescentes e muitas vezes eles precisam do atendimento individualizado né? Há necessidade de profissionais na área de psicólogos para atendê-los. Então nós temos um número muito reduzido de psicólogos para atender essa clientela. A grande maioria dos adolescentes que nós recebemos muitas vezes são adolescentes que vêm encaminhados do hospital porque algum momento tentou suicídio*

*num momento de angústia. Estão com depressão [...] tem vários fatores que interferem no bom trabalho e no serviço né? Principalmente quando você sabe que usuário precisa, mas não tem um profissional ali que tenha disponibilidade para atender, então isso pra gente é muito complicado, né?! (Profissional D, Campina Grande, 2020).*

A partir da fala do profissional, podemos identificar que a demanda sobrecarrega a equipe multiprofissional, fazendo com que haja a necessidade de ampliação dessa equipe. Sobre isso, Delgado (2010) salienta que mesmo os investimentos em saúde mental terem dobrado desde a Reforma Psiquiátrica, ainda não são o suficiente. Assim como notamos na fala do profissional que ressalta que existem usuários para atendimento, mas os profissionais da equipe não estão com disponibilidade para realizar o atendimento, pois estão sobrecarregados.

A gestão do CAPSi de Campina Grande concorda e reafirma tal problemática assim como a importância de ampliação da equipe multiprofissional da instituição, pois nas palavras da gestão: *“Trabalhamos com equipe mínima para uma demanda crescente, e até precisamos de alguns profissionais essenciais ao público infantojuvenil como fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, isso há mais de 04 anos.”* (Coordenador B, 2020). Essa fala também nos traz a necessidade de analisar a problemática da falta de profissionais que são fundamentais para o desenvolvimento de crianças, como a exemplo do profissional de fonoaudiologia citado pela gestão do CAPSi de Campina Grande.

No CAPSi de João Pessoa também é relatada a necessidade de ampliação da equipe profissional, assim como enfatiza um dos profissionais quando afirma que: *“Tivemos uma redução pequena do quadro de profissionais da equipe multiprofissional. Que é uma dificuldade que temos, precisamos ampliar nossa equipe para dar essa desafogada nos grupos terapêuticos”* (Profissional E, João Pessoa, 2020). A fala do profissional elucida o mesmo problema referente à quantidade de profissionais da equipe dos demais CAPSi, e tal profissional salienta que não sabe se isso tem relação com os impactos da EC 95, mas nos últimos anos houve uma redução do número de profissionais da equipe, que mesmo sendo pequena, trouxe impactos para a efetivação da saúde mental no CAPSi. O profissional ainda complementa:

*Temos uma equipe que precisaríamos aumentar. Hoje a gente atende um quantitativo de usuários por semana muito significativo, e nossos grupos de terapêuticos estão ficando grandes, então é necessário a chegada de novos profissionais para atender melhor essa demanda* (Profissional E, João Pessoa, 2020).

Com base nisso podemos considerar que as condições objetivas são fundamentais para a viabilização da saúde mental Infantojuvenil de forma efetiva. O financiamento se configura uma grave problemática que deve ser discutida pelos profissionais, gestores e especialmente levada ao Estado como forma de consolidar a garantia dessa política pública. As estruturas físicas também são de suma relevância para a oferta e garantia da atuação profissional e da oferta das ações e serviços dos CAPSi, assim como os impactos que ocorrem nas equipes multiprofissionais que resulta na qualidade e integralidade da segurança desse direito fundamental de crianças e adolescentes.

Destacamos também que, no Brasil, nos últimos anos é vislumbrado um aumento de estudos no campo da saúde mental referentes no que tange os processos avaliativos, no entanto, mesmo diante do crescimento dessas pesquisas em saúde mental, o cenário da problemática do financiamento ainda é pouco explorado/estudado (TRAPÉ, CAMPOS, 2016). Em nossa pesquisa sentimos uma enorme dificuldade em coletar dados relacionados aos valores destinados aos CAPSi. Não há uma fonte, site, documento ou outro meio que forneça tais informações de maneira precisa. A própria Secretaria de Saúde do Estado, assim como as Secretarias Municipais de Saúde e as Secretarias Municipais de Finanças, não se propuseram informar tais dados.

Os dados disponibilizados em sítios como *Portal da Transparência*, *Fundo Nacional de Saúde*, e/ou outros meios eletrônicos do próprio Ministério da Saúde, não especificam os montantes empregados por Centro, o que dificulta nossa apresentação de dados quantitativos. Diante disso, com base no que expomos até o presente momento, tal problemática se constitui fundamental para a relação serviço-profissional-usuário, podendo ou não garantir a efetivação desse direito, o que implica pensar possibilidades de discussão dessa questão no meio acadêmico e profissional.

Diante disso, para dar maior aprofundamento à discussão proposta por nosso estudo, construiremos no capítulo a seguir algumas considerações acerca da dimensão subjetiva de nossa pesquisa. Nele produziremos discussões acerca de como as condições de trabalho impacta na vida desses profissionais, salientaremos as particularidades do contexto atípico vivenciado em decorrência da pandemia de Covid-19, identificaremos quem são os familiares e usuários desses Centros, e abordaremos a relevância dos direitos humanos e sua relação com a saúde mental.

### 3. “VIVEMOS TROCANDO ANGÚSTIAS NOS CORREDORES”: A DIMENSÃO SUBJETIVA DA PESQUISA

Ao longo dos capítulos anteriores buscamos apresentar apontamentos que enfatizassem as problemáticas objetivas presentes na política de saúde mental Infantojuvenil. Essas condições como pudemos ver, têm forte impacto na produção material da sociedade, nas condições postas à realidade material da política de saúde mental. A partir desse momento do nosso estudo buscaremos identificar como essas condições impactam nas subjetividades, na vida e saúde mental desses profissionais que fazem essa política, assim como também ressaltar quem são os usuários e familiares e enfatizar a relação entre direitos humanos e saúde mental.

Na língua Portuguesa *subjetividade* corresponde à qualidade de subjetivo, abstrato, individual, particular; relativo ou próprio do indivíduo, e no seu sentido filosófico trata da condição da atividade psíquica que, relacionada com o próprio indivíduo, é tida por ele como sua<sup>60</sup>. Para Hardt e Negri (2001), a subjetividade é um constante processo social do ser humano, que de acordo com a configuração sócio-histórica que se situa o sujeito, assim como as condições materiais e imateriais que são impostas, há interferências nas várias esferas de sua vida. Isto é, complementando, as condições subjetivas são as relativas aos sujeitos, às suas escolhas, ao grau de qualificação e competência, ao seu preparo técnico e teórico-metodológico, aos referenciais teóricos, metodológicos, éticos e políticos utilizados, dentre outras (GUERRA, 2002).

Dessa forma, as consequências das condições objetivas exercidas sobre as condições subjetivas dos sujeitos são inúmeras, especialmente no contexto complexo e atípico que vivemos em decorrência da pandemia de Covid-19. Além dos profissionais, os próprios usuários e familiares também merecem destaque nessa nossa pesquisa, com isso também abordaremos alguns apontamentos acerca desses sujeitos. E em seguida elucidaremos nossa perspectiva da relação entre direitos humanos e saúde mental, especialmente enfatizando como os direitos humanos contribuem para o fortalecimento desses sujeitos e de suas subjetividades.

---

<sup>60</sup> Dicionário da Língua Portuguesa, disponível em <https://www.dicio.com.br/subjetividade/>. Acesso em: 22 fev. 2021.

### 3.1 Trabalho profissional

O trabalho é considerado uma categoria basilar, uma espécie de protoforma originária do ser social, por meio da relação entre ser humano e natureza, como cita Marx (1988). Entretanto, na sociedade capitalista, formada por classes, como abordamos nos capítulos anteriores, o trabalho é compreendido praticamente como uma atividade que pretende apenas gerar lucro. Ou seja, a acumulação de riquezas do capital tem como base a exploração do trabalho da classe proletária, isto é, daqueles sujeitos que mantêm um intercâmbio orgânico com a natureza, que produzem algo concreto que gere lucro (GOIS, 2015), porém, nas últimas décadas, o trabalho fora dessa esfera produtiva vem sendo ampliado para inúmeras categorias de trabalhadores improdutivos. Mas o que seria o trabalho produtivo e o improdutivo?

De uma forma sucinta, para Marx (1988), o trabalho é uma categoria fundante, que no capitalismo é degradado, pois a força de trabalho tem função apenas de produzir outras mercadorias, uma forma unicamente do ser humano sobreviver na sociedade, não de realização humana, mas apenas de gerar lucros. O trabalho produtivo então é aquele que gera mais-valia<sup>61</sup>, que cria excedente, capital, que emprega força de trabalho e produz algo concreto como celulares, automóveis, eletrodomésticos, alimentos, etc. Ele é determinado por sua função, pela sua utilidade.

Já o trabalho improdutivo é considerado aquele que não gera mais-valia, um trabalho intelectual, como por exemplo, a atividade de um/a professor/a, dentista, engenheiro/a. Porém, como salienta Dias (2006), a força de trabalho dos dois (trabalho produtivo e improdutivo) é uma mercadoria que é vendida ao capitalista em troca do seu salário. Além disso, o trabalho improdutivo é necessário para a manutenção e garantia do trabalho produtivo, uma vez que produz condições para a classe trabalhadora continuar a vender sua força de trabalho para o capital.

Deve-se ressaltar que devido às novas necessidades sociais surgidas com o desenvolver da sociedade, mais necessariamente com o advento do capitalismo monopolista, tivemos a necessidade de expansão de serviços e profissionais para atuar na execução das políticas sociais e públicas, que cabe destacar, são imprescindíveis para a reprodução do capital (SILVA, et al, 2017).

---

<sup>61</sup> Mais-valia é o termo empregado por Marx referente à diferença entre o valor final da mercadoria produzida e a soma do valor dos meios de produção e do valor do trabalho que é a base do lucro no sistema capitalista (MARX, 1988).

O desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo monopolista e a ampliação e divisão do trabalho, demandam o surgimento de várias profissões para a manutenção do funcionamento do capital. Segundo Dias (2006, p.74), “são profissões não ligadas diretamente à produção capitalista, mas sim auxiliares ao processo de reprodução do capital”. Isto é, são trabalhadores/as que atuam no âmbito dos serviços e são denominados improdutivos, pois não produzem mais-valia, como por exemplo, no âmbito da política de saúde: professores/as, assistentes sociais, psicólogos/as, médicos/as, fonoaudiólogos/as, terapeutas, enfermeiros/as, entre tantos/as outros/as profissionais que são indispensáveis para atuarem nas políticas públicas e garantir as condições para a classe trabalhadora vender sua força de trabalho, e assim, assegurar a reprodução do capital de forma indireta.

Com o desenvolvimento das necessidades sociais e o advento das políticas públicas, assim como o reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, tivemos uma enorme expansão e inserção de profissionais improdutivos nos diversos campos de atuação, seja no âmbito público ou privado, especialmente na saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), tão abordado nos capítulos anteriores do nosso estudo, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo os 5.565 municípios do Brasil. De acordo com Machado, Oliveira e Moyses (2011), segundo dados do IBGE 2009, o setor saúde é um dos ramos mais importantes na economia brasileira, representando cerca de 4,3% da população ocupada no país e gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal. Em termos de postos de trabalho, o setor gera cerca de 3,9 milhões de postos, sendo 2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos.

Esses profissionais ocupam posição chave na sociedade, atuando na assistência a indivíduos e comunidades. Entretanto, os próprios profissionais constituem grupo de vulnerabilidade, pois esses espaços de atuação muitas vezes são espaços incompletos e fragmentados, que causam problemas de saúde e saúde mental, acidentes de trabalho, entre outras questões, assim como cita a própria OMS<sup>62</sup> ao abordar as condições de saúde correlacionadas aos fatores sociais que configuram as condições de vida e trabalho das populações. Isso de fato é uma grave problemática, especialmente quando pensamos no contexto atual que vivemos em decorrência da pandemia de Covid-19 que assola o mundo e, além das vítimas da doença, afeta principalmente os profissionais de saúde.

---

<sup>62</sup>Informação colhida do site da Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 22 fev. 2021.

Em nosso capítulo anterior “TRABALHANDO COM O MÍNIMO DO MÍNIMO”: A DIMENSÃO OBJETIVA DA PESQUISA” destacamos como a política de saúde mental nos CAPSi sofre com inúmeras problemáticas decorrente das condições objetivas, seja com o financiamento, a estrutura física, e até mesmo a composição da equipe multiprofissional desses Centros. Mas de que forma essas condições impactam na vida dos profissionais? E o contexto atípico de pandemia, como esse afeta/intensifica a vida e a saúde desses trabalhadores? Para respondermos essas inquietações veremos a seguir então alguns apontamentos acerca das condições de trabalho dos profissionais dos CAPSi onde realizamos nosso estudo, algumas particularidades do contexto pandêmico, e como isso tudo impacta na vida e subjetividades desses trabalhadores.

### *3.1.1 Condições de trabalho dos profissionais dos CAPSi*

Para Assunção (2011) as condições de trabalho na contemporaneidade incluem dois principais polos: 1) das condições empregatícias<sup>63</sup> da natureza da relação entre empregador/empresa e empregado, ou seja, se o profissional é empregado por meio de contrato padrão, por meio de seleção, concurso público, se é efetivo; 2) das condições de trabalho propriamente ditas, do ambiente físico e organizacional em que as atividades profissionais são desenvolvidas, das condições estruturais da instituição, entre outras. E ambas podem impactar nas subjetividades desses trabalhadores.

Primeiramente vamos abordar a questão das condições referentes à natureza empregatícia desses profissionais. Como citamos em nossa metodologia, nossa pesquisa – mesmo diante todas as adversidades – contou com a participação de 09 profissionais. Um dos critérios de seleção foi serem profissionais do quadro efetivo do CAPSi. Entretanto, nos Centros também existem profissionais com regime empregatício por meio de contrato com vínculo padrão dos servidores públicos sem realização de algum concurso ou seleção, como podemos ver na tabela seguinte.

---

<sup>63</sup> Não é nosso objetivo discorrer acerca dos regimes empregatícios, porém, cabe citar que de acordo com as modalidades permitidas pela lei alguns regimes de trabalho são por meio de: contrato temporário, trabalho parcial, estágio, jovem aprendiz, terceirização, entre outros.

**TABELA 04**  
**EQUIPE TÉCNICA CAPSIS**  
**REGIME DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

CAPSi	QUANTIDADE	Nº EFETIVOS	Nº CONTRATADOS
Maria de Fátima Lima (Patos)	11	08	03
Viva Gente (Campina Grande)	18	06	12
Cirandar (João Pessoa) <sup>64</sup>	14	--	--

**Fonte:** Elaboração própria com dados obtidos durante a pesquisa (2020)

O CAPSi Maria de Fátima Lima, na cidade de Patos, possui um total 08 profissionais efetivos e 03 atuando em regime de contrato temporário. Já o CAPSi Viva Gente, na cidade de Campina Grande, possui um total de 06 profissionais efetivos e 12 sob regime de contrato temporário. O CAPSi Cirandar, de João Pessoa, não especificou o quantitativo de profissionais de acordo com o regime de vínculo empregatício.

De acordo com as coordenações dos CAPSi esses dados são resultado da grande problemática referente a realização de concurso público por parte dos municípios. A questão que queremos abordar nesse tocante trata justamente das particularidades que cada modalidade contratual resulta na vida e atuação dos profissionais, isso porque assim como evidencia Assunção (2011), os profissionais com vínculo informal, sem carteira assinada ou com apenas contratos temporários, estão sujeitos ao desamparo previdenciário, a jornadas de trabalho mais longas, à perda de autonomia frente a decisões que podem ser contrárias aos seus contratantes, entre muitas outras.

Questionado acerca da problemática dos meios de vínculo empregatício e quanto a realização de concurso público um profissional relata:

*Por questão de gestão, né? O problema é a gestão do município que não se preocupa em realizar concurso. Contratam o profissional, para dar emprego a alguém com quem fez compromisso político durante a eleição, ai depois demitem o profissional, ai fica um período imenso sem aquele profissional. As vezes até psicólogos, profissionais mais essenciais a gente já ficou sem. Esse ano mesmo é ano de eleição, já estou prevendo os problemas... (Profissional A, Patos, 2020).*

<sup>64</sup> No capítulo anterior justificamos o motivo de não obtermos os dados referentes ao tipo de contratação dos profissionais do CAPSi Cirandar, na cidade de João Pessoa. Mas ressaltamos que esse fato se deu em decorrência da coordenação não nos repassar as informações completas acerca de algumas questões.

Ou seja, notemos que o profissional evidencia a questão do interesse político municipal em não realizar concurso público, mas apenas contratar o profissional por determinado tempo como forma de conseguir vantagem eleitoral. O profissional contratado sob essa condição se encontra totalmente à mercê de uma possível demissão a qualquer momento, isso sem nenhuma assistência previdenciária, o que não aconteceria caso se tratasse do profissional ser concursado ou ter contrato em regime CLT (formalização do trabalho).

No setor público é bastante comum haver cargos comissionados, terceirização ou contratos temporários, como pudemos ver inclusive nos CAPSi de nosso estudo, onde os três profissionais que ocupam o cargo de coordenação desses Centros são comissionados. Segundo Assunção (2011) isso acarreta problemas, pois dificulta negociações e reivindicações até mesmo entre as entidades dos trabalhadores quanto à carga horária, atribuições privativas dos profissionais, entre outros.

Além disso, a autora também ressalta que a omissão do Estado frente à garantia de direitos trabalhistas e a ofensiva da desregulamentação das leis de trabalho e de proteção social são fortes impulsionadores para o agravamento dessa questão, pois restringe os profissionais ao acesso a direitos trabalhistas e sociais.

Ainda nesse mesmo viés de discussão sobre o meio de contratação desses profissionais, outro profissional enfatiza o seguinte:

*Eu já atuei anos dessa forma. Eu era contratada pelo município para atuar em outro lugar antes de passar no concurso para cá [...] O mais difícil sem dívidas era a gente não ter autonomia para atuar, digo de forma sem medo de ser demitido ou algo do tipo. [...] Depois que passei no concurso eu me sinto em paz, seguro de que vou receber meu salário e até de poder dizer quando algo não está certo, de que pode entrar prefeito e sair prefeito, mas meu emprego tá aqui, entende?! (Profissional F, João Pessoa, 2020).*

Com essa fala podemos identificar que o profissional quando atuava de forma contratada sem vínculo formal se sentia oprimido, sem condição de tomar decisões por medo de perder seu emprego. Já ao atuar de forma efetiva após aprovação em concurso público esse trabalhador sente uma maior autonomia profissional, se considerando “assegurado”. De fato, consoante Antunes (2007), de forma geral, esses trabalhadores sem contrato padrão formal vivem com menos segurança em seus ambientes ocupacionais, como é o caso relatado pelo profissional supracitado.

É importante compreendermos que, como cita Yazbek (2006, p. 98),

[...] trabalho para estes sujeitos não é resultado de uma escolha, é apenas uma face do direito à sobrevivência, uma forma de ter o que comer, de abrigar-se, de “levar a vida” enfim, buscando uma dignidade sempre posta à prova por constrangimentos de diferentes ordens.

A autora refere-se às condições de trabalho, baixos salários e vínculos empregatícios precários de grande parcela da classe trabalhadora, porém, tal afirmação traduz a realidade de muitos dos trabalhadores dos CAPSi que alegam continuar nessas condições de trabalho devido a falta de oportunidades melhores. Outro polo da problemática das condições de trabalho trata das condições propriamente ditas, ou seja, do ambiente físico e organizacional, o local onde as atividades são desenvolvidas, entre outras mais. No capítulo anterior ao tratar das condições objetivas abordamos as características físicas desses Centros. Em nossa análise identificamos uma precariedade especialmente no CAPSi do município de Patos, que no momento de nosso estudo sequer possuía uma sede própria. O CAPSi de Campina Grande também relatou possuir uma estrutura não totalmente adequada para atender toda a demanda e o CAPSi de João Pessoa demonstrou ser o que possui uma estrutura relativamente boa em comparação aos demais Centros.

De acordo com Buriola et al (2017):

No Brasil, mesmo com os avanços no atendimento em saúde mental, no que se refere à organização do sistema e à reformulação da Rede, muitos serviços, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem em situações precárias, principalmente no que tange à estrutura e à qualidade do cuidado (BURIOLA et al, 2017, p.2).

Essa problemática afeta diretamente as condições de trabalho e a vida desses profissionais, pois vai de encontro com o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) no que tange o conceito de ambiência, que trata de “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2013).

Em nosso estudo tivemos relatos de profissionais que sequer possuíam uma sala para atendimento ou sem condições climáticas adequadas. Especialmente no sertão do estado, onde o clima é semiárido e predomina o calor devido ao Polígono das Secas, as condições insalubres do CAPSi de Patos demonstraram afetar diretamente a vida desses profissionais, conforme a fala de um deles:

*O que mais me afeta nas condições da estrutura é a falta de sala, o calor também. Tem dias que eu sinto até uma agonia do calor porque não tem ar-condicionado nem ventilador. Muitos atendimentos para ser realizados, aí junta com a situação de não ter a estrutura adequada. A gente fica meio largado [...] tem momento que bate um desespero, uma angústia (Profissional A, Patos, 2020).*

*Eu fazia atendimento em corredor, fazia atendimento lá fora, fazia atendimento em sala emprestada, porque não tinha sala. Tem as condições climáticas também né? Sem ar-condicionado tanto nós quanto os usuários não conseguiam nem realizar o atendimento, queriam sair antes da hora (Profissional B, Patos, 2020).*

Notemos que os profissionais desabafam suas angústias frente à situação de precariedade da estrutura do CAPSi. Claramente isso impacta não somente a atuação profissional, mas também em suas vidas e na própria saúde mental. Na fala de um dos profissionais percebemos a angústia e o sofrimento causado por essas condições quando afirma que: *“tem dias que quando chego em casa eu só faço chorar. Por pena das crianças, de mim mesma que não consegui dar meu melhor devido a não ter nem como trabalhar direito”* (Profissional A, Patos, 2020).

Além disso, para Assunção (2011, p.454), “as circunstâncias em que os processos de trabalho são desenvolvidos não se constituem, na maioria das vezes, objeto de debate e permanecem invisíveis”. Isto é, tal problemática das condições de trabalho desses profissionais não é tema de discussão, o que invisibiliza/impossibilita uma questão tão importante que pode afetar diretamente a vida e a saúde mental desses sujeitos que estão dedicando parte de suas vidas ao trabalho, ao cuidado com o outro em troca de um salário para garantir minimamente sua subsistência.

Contudo, além dessas condições pré-existentes atingirem de forma tão direta a vida desses trabalhadores, no ano de 2020, com o advento da pandemia de Covid-19 essas condições de trabalho se tornaram ainda mais agravadas. Diante disso vejamos alguns apontamentos acerca dessa adversidade.

### ***3.1.2 Pandemia de Covid-19: desafios e angústias vigentes***

No dia 11 de março de 2020 a OMS declara estado de pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov-2) causador da Covid-19. Essa síndrome gripal se espalhou rapidamente e atingiu em pouco tempo inúmeros países com diferentes graus de impacto. Essa situação de pandemia

trouxe inúmeros desafios sem precedentes em níveis coletivos e individuais, especialmente para o sistema público de saúde, causando uma forte crise decorrente da alta taxa de transmissibilidade que gera um elevado número de casos graves resultando uma superlotação dos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTIs).

Devido à ausência de planos estratégicos de enfrentamento, surgem apenas algumas recomendações e medidas de contingência para a sociedade, instituições, órgãos, entre outros, de acordo com a gravidade nos territórios. Nos CAPSi onde realizamos nosso estudo identificamos que esses permaneceram em funcionamento durante a pandemia. A coordenação de um deles ressaltou que num momento de calamidade pública, os dispositivos de saúde mental ainda são necessários para atendimentos de emergência, acompanhamento de casos graves e/ou recém-acolhidos. Contudo, seguindo os protocolos estabelecidos, com atividades remotas (via videoconferências, telefone, etc), nos locais onde funcionam os Centros estavam sendo realizados apenas atendimentos estritamente necessários, com carga horária e número de profissionais reduzidos, sem realização de atividades em grupo, entre outras.

A atuação profissional em alguns desses Centros já se encontrava fragilizada em decorrência da precarização há pouco discutida, no entanto, com o contexto atípico de pandemia essa situação se agrava ainda mais, afetando não somente a oferta dos serviços, mas também a vida desses profissionais, das crianças e adolescentes usuárias e também de seus familiares.

De acordo com um dos coordenadores:

*Em relação à saúde mental infantojuvenil, a oferta de serviços também está sofrendo impactos negativos, pois o número de crianças e jovens com sofrimentos psíquicos só aumentam, com a situação atual da pandemia de COVID-19, esse cenário se agravou bastante. Muitas situações de urgências psíquicas chegam e o serviço não consegue dar conta, pois temos, atualmente, uma equipe inferior a mínima exigida, não sendo possível ofertar atendimentos psicológicos, psicopedagógicos, fonoaudiológicos, terapêuticos ocupacionais, entre outros, a todos àqueles que precisam (Coordenador A, 2020).*

Ou seja, essa situação se agrava ainda mais com a pandemia, resultando uma sobrecarga ainda maior para os CAPSi e para os profissionais. Um dos profissionais afirma que, *“Especialmente na pandemia, nos primeiros dias não tinha equipamentos de proteção (EPI), faltou sala [...] muitos profissionais trabalhando sem salubridade”* (Profissional B,

Patos, 2020). Com isso evidenciamos inúmeras violações de direitos humanos e sociais desses profissionais: o direito à proteção da sua saúde e à condição digna de trabalho, os direitos trabalhistas.

A escassez de equipamentos de proteção (EPIs) põe os profissionais em total vulnerabilidade e exposição ao vírus. Essa negligência do Estado vai além da capacidade de produção de EPIs no curto espaço de tempo em que ocorreu a expansão da pandemia, pois meses depois a falta de equipamentos de proteção ainda se fazia presente no cotidiano desses trabalhadores.

Além disso, devido à urgente necessidade de utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ou de condições objetivas para os profissionais que continuaram sua atuação em *homme office* - como acesso a internet, computador, impressora, entre outros materiais -, foi comum identificarmos nas falas dos profissionais o relato de que retiraram recursos próprios para compra de tais equipamentos. Como afirma o seguinte profissional:

*Estamos fazendo isso com nossos próprios recursos! Então... somos nós que estamos pagando o recurso que é utilizado quando trabalho em casa, no caso a internet, a máscara quando temos que ir no CAPS, álcool em gel.... Não é o município que tá cobrindo. Somos nós que estamos cobrindo!* (Profissional D, Campina Grande, 2020).

Para além, a atuação profissional desses trabalhadores juntamente com a possibilidade de exposição e infecção por um vírus invisível e mortal, como é o novo coronavírus, além das incertezas, traz angústias, medo, estresse, podendo levar, inclusive, ao desenvolvimento de algum tipo de sofrimento mental, como afirma Bezerra (2020). Esse tocante é evidenciado na seguinte fala de um profissional:

*Nunca foi fácil atuar, eu faço porque é por amor mesmo, porque junto com os colegas, os outros profissionais, a gente fica trocando essas angústias aí. Vivemos trocando angústias nos corredores. Agora com a pandemia a gente fica mais **preocupada** ainda [...] perdi meu irmão **há** pouco tempo de corona, fico **angustiado**, pensando “meu Deus, será que fui eu que passei pra ele?”. [...] minha **saúde mental piorou** muito nesses meses e tenho certeza que a dos colegas também, porque é **muita pressão!** (Profissional C, Campina Grande, 2020, grifo nosso).*

Notemos que sentimentos de angústia e preocupação são relatados pelo profissional, que ao passar por um momento tão delicado de luto pela morte de um ente querido, ainda se

questionou quanto à infecção do seu familiar ter sido resultante de sua atuação profissional nesse momento de pandemia, uma vez que o profissional após o fim de expediente retornava a sua casa onde mantinha contato com o ente. Com isso fica evidente que as situações as quais os profissionais se encontravam submetidos impactava nas suas condições de saúde mental de forma direta.

Além disso, os profissionais também relataram que devido ao CAPSi não estar desenvolvendo as ações como deveria em decorrência da pandemia, houve uma enorme sobrecarga para os profissionais que estavam em home office, pois os impactos da pandemia prejudicaram os quadros de problemas de saúde mental das crianças e adolescentes usuárias.

*Atualmente nós estamos vivenciando essa pandemia então estamos recebendo muitos apelos de mães dizendo que as crianças estão muito agitadas, ansiosas, estressadas, com mudança de comportamento. A pandemia está mexendo com o psicológico de todos, imagina dessas crianças. Tudo isso tá me preocupando muito, fico muito preocupada e sobrecarregada, e isso no meio disso tudo (Profissional D, Campina Grande, 2020).*

Outro profissional destaca:

*Esses últimos meses estão sendo os mais difíceis nesses 7 anos de atuação. Nunca me senti tão esgotada. Vivo estressada e preocupada com tudo. [...] Junta o medo desse vírus, porque nem EPI a gente tem direito, temos que comprar, aí vem a sobrecarga do trabalho, todas essas mudanças ao mesmo tempo. Isso prejudica qualquer um, porque é muita pressão (Profissional F, João Pessoa, 2020).*

Como podemos ver o contexto de pandemia além de prejudicar a situação dos sujeitos usuários da política de saúde mental nos CAPSi também impacta à saúde mental dos próprios profissionais. Consoante estudo recente de Bezerra et al (2020), as principais implicações na saúde mental dos profissionais no contexto de pandemia tratam principalmente da depressão, ansiedade, insônia, angústia, Transtorno Compulsivo Obsessivo- TOC, exaustão, distúrbios do sono, Transtorno de Estresse Pós-Traumático-TEPT, além de níveis mais baixos de satisfação no trabalho.

Como pudemos ver, as condições de trabalho dos profissionais dos CAPSi são agravadas no contexto de pandemia que ainda vivemos, e estão intrinsecamente relacionadas à quantidade reduzida de insumos, de equipamentos de proteção individual, prolongadas horas de trabalho, seja no local de trabalho ou em home office. Esse estresse causado se torna fator

contributivo para a exaustão psíquica desses trabalhadores, pois gera um enorme desgaste físico, mental e emocional, o que se configura algo preocupante.

Pudemos perceber que os resultados das condições objetivas de garantia da política de saúde mental nos CAPSi afetam não somente a implementação das ações e serviços ofertados pelo Centro, mas especialmente rebatem na vida e na saúde dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Para Galiza (2010), profissionais são produtores de atos de cuidado o tempo inteiro, isso quando orientados por uma atuação direcionada à humanização, quando conseguem enxergar o Outro como humano, sujeito portador de direitos que devem ser garantidos. Cabe citar isso, pois, não devemos esquecer que o silêncio, negligência e indiferença aos que sofreram com a discriminação (os “loucos”, os “doentes mentais”) só foram realizados devido a parcela de profissionais da psiquiatria, saúde e outras, legitimados pela própria ciência em determinado contexto, que usaram a “racionalidade”, para desumanizar e desqualificar esses indivíduos.

Basaglia (1991) enfatiza que é necessário assentar a “doença mental” entre parênteses para que seja possível enxergar o sujeito, o ser humano, e isso só é possível se forem realizadas práticas humanizadoras dentro do processo cuidar em saúde. Com isso, os princípios da Reforma Psiquiátrica tiveram seu papel fundamental em todo o processo de mudança do modelo excludente e desumano para o modelo que possuímos hoje, e é importante que os profissionais de saúde mental que estão inseridos nos diversos espaços de cuidado com a saúde mental os compreendam e os pratiquem.

Profissionais esses que muitas vezes não são valorizados nem pela sociedade nem pelo Estado. Que recebem um salário ínfimo para garantir minimamente sua subsistência, que estão sujeitos a inúmeras situações em decorrência do seu vínculo empregatício e das condições precárias de trabalho, que especialmente nesse momento tão doloroso e consternador de pandemia, continuaram sob as mais deploráveis condições a exercer sua profissão como forma de tentar garantir o direito de tantas crianças e adolescentes à saúde mental. Esses profissionais merecem respeito, e acima de tudo, seus direitos humanos garantidos.

### **3.2 Saúde Mental e Direitos Humanos**

Este trabalho é fruto da dedicação ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB, dessa forma se torna imprescindível

dedicar um instante para levantar alguns apontamentos acerca da relação entre saúde mental e os direitos humanos. Isso posto que, essa discussão, mais do que nunca, é necessária e urgente.

Os/as loucos/as foram tratados/as ao longo dos tempos prioritariamente através de práticas que se configuram discriminatórias, repressivas, excludentes, desumanas, assim como já citado nos capítulos anteriores deste estudo. Foram séculos de ocultamento da loucura pela sociedade, famílias e Estado, em que lançaram esses sujeitos à própria sorte nos porões, hospícios e ruas, separando a parcela da sociedade sã, dos insanos e criminosos.

Cabe destacar que é com a ascensão da burguesia e o surgimento das instituições psiquiátricas que a sociedade passa a enxergar a loucura como doença mental e a tratá-la no campo médico. Para Foucault (2006), a base da psicanálise torna-se o modelo burguês de família, no qual predomina modelos tradicionais em que a loucura foge do padrão de normalidade. Logo a loucura é vista como doença que precisa ser curada e esse indivíduo necessita ser disciplinado para atender aos padrões capitalistas de comportamento social.

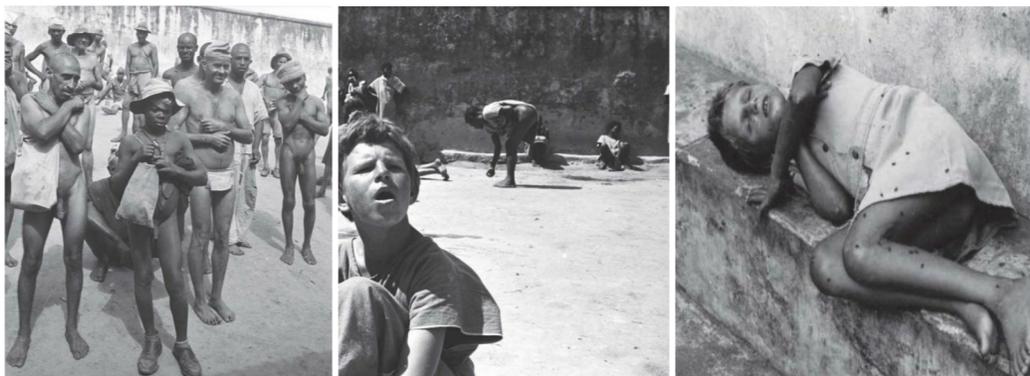
Essa “manifestação da diferença”, como conceitua Foucault (2006), em uma sociedade do controle como é o capitalista, supostamente faz esses indivíduos representarem um grave perigo. Com isso, a partir dessa construção histórica estereotipada sobre a loucura, na busca por “normalizar”, “curar” esses loucos, práticas desumanas e invasivas foram realizadas com apoio da ciência e do Estado.

O isolamento nos manicômios (a privação da liberdade) não era a única violação que esses indivíduos sofriam. Inúmeros procedimentos utilizando lobotomias, eletroconvulsoterapias, entre outros procedimentos totalmente invasivos, que se configuram práticas degradantes e de tortura, eram realizados pela psiquiatria.

Nas instituições psiquiátricas as crianças e adolescentes viviam condições sub-humanas. No Hospital Colônia de Barbacena, já abordado anteriormente, por exemplo, como afirma Arbex (2013), as condições eram totalmente degradantes. Viviam junto de adultos, despídos, ou em trajes precários, amarrados, quando tomavam banho eram banhos coletivos na água gelada, bebiam água de esgoto ou urina, comiam ratos, dormiam sobre o capim, atirados ao relento ou cobertos por trapos, eram espancados, violados. Muitos não sobreviviam a tais condições, morriam de frio, fome, de doenças ou até dos eletrochoques. No Colônia, em períodos de maior lotação chegaram a morrer 16 pessoas por dia, dentre eles crianças (ARBEX, 2013).

### Figura 04

Crianças no Hospital Colônia de Barbacena (01)



Fonte: Imagens coletadas do livro *Holocausto Brasileiro* – Daniela Arbex (2013)

Nesse instante encontramos a relação entre direitos humanos e saúde mental. Consoante Silva e Cittadino (2020), conceituar direitos humanos não é tarefa fácil, pois possuímos uma série de interpretações, no entanto, o consenso prevalente entre seus diversos intérpretes e teóricos é a ideia de universalidade. Essa compreensão implica que todas as pessoas, independente de suas condições, seja social, econômica e/ou étnico-racial, são detentoras de direitos. Nas palavras de Arendt (2012) direitos humanos se referem ao “direito a ter direitos”.

No paradoxal século XX, marcado pelas barbaridades humanas das duas grandes Guerras e do extermínio do povo judeu pelo regime nazista, temos então a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH - (1948), que trouxe consigo a tentativa de um acordo internacional de paz e de proteção aos direitos inerentes ao homem para que sejam garantidos universalmente. No seu artigo 1º é destacado que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e o artigo 2º complementa que “todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma”.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), as principais características dos Direitos Humanos são:

[...] são universais, o que quer dizer que são aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas; Os direitos humanos são inalienáveis, e ninguém pode ser privado de seus direitos humanos; eles podem ser

limitados em situações específicas. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa é considerada culpada de um crime diante de um tribunal e com o devido processo legal; Os direitos humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, já que é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não. Na prática, a violação de um direito vai afetar o respeito por muitos outros (ONUBR, 2019, p. 2).

Isto é, todos os seres humanos, simplesmente pelo fato de serem humanos, por possuírem a condição humana, já nascem portadores dos direitos expressos na DUDH. Esses direitos são relativos à saúde, educação, moradia, lazer, trabalho, entre tantos outros expressos na DUDH e na própria Constituição brasileira de 1988, a Constituição Cidadã, que se responsabiliza pelos compromissos internacionais ao determinar a participação do Brasil nos Pactos e Tratados internacionais de direitos humanos.

Dessa forma, as pessoas com transtorno mental possuem direitos, assim como qualquer outro ser humano, e merecem tratamento digno em relação à saúde mental, respeitando suas necessidades e a integração familiar e comunitária. Além disso, para Zanella (2019, p. 40):

Todo o cuidado com as pessoas com transtornos mentais deve ser realizado na perspectiva de garantia dos direitos humanos, sendo que, para isso, as iniciativas governamentais são fundamentais, com destaque para a construção e consolidação de uma política de saúde mental fortalecida.

Com isso notamos a importância da relação entre os direitos humanos e a saúde mental, pois é nessa perspectiva que os sujeitos com transtornos mentais são vistos e reconhecidos diante da ideia de dignidade da pessoa humana, sendo portadores de direitos fundamentais e devem ter sua cidadania reconhecida, assim como a garantia da liberdade e do convívio social.

No campo da saúde mental, as denúncias de profissionais e movimentos frente ao modelo hospitalocêntrico, aos maus tratos, à violência e morte, assim como a luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais é o que culminou no Movimento da Reforma Psiquiátrica, um movimento que lutou e luta pelos direitos humanos desses sujeitos.

Assim como os direitos humanos repudiam quaisquer práticas de tortura e degradação de direitos expressos na DUDH, também reconhece o sujeito em sua condição humana e de que todo ser humano usufrua o direito a uma vida digna, livre e sem distinção de qualquer espécie, sendo ele portador ou não de algum transtorno, necessitando ou não do cuidado em

saúde mental. Todavia, em nossa sociedade atual o tema direitos humanos vem sendo abordado de forma indevida por alguns segmentos da sociedade. Atualmente, especialmente nos últimos anos, há uma enorme criminalização dos direitos humanos, uma construção e disseminação de estigmas acerca desses.

Os direitos humanos passaram a sofrer com o estereótipo de que são *direitos de bandidos*, abordados como uma espécie de “proteção para bandidos”. Isso se deve em especial à enorme criminalização da pobreza que já vinha ocorrendo e aos discursos fascistas da extrema direita que vem utilizando esse estereótipo como bandeira política, sobretudo com a candidatura e eleição do governo Bolsonaro em 2018.

### Figura 05

Publicação de Carlos Eduardo Bolsonaro, filho de Jair Bolsonaro, acerca dos Direitos Humanos em 04/11/2017



Fonte: Imagem coletada de rede social (Twitter) de Carlos Eduardo Bolsonaro.  
Disponível em: [encurtador.com.br/ewMX5](http://encurtador.com.br/ewMX5). Acesso em: 09 fev. 2021

Como podemos ver na imagem acima, o estereótipo dos direitos humanos como algo negativo é utilizado como bandeira política e vem disseminando uma visão totalmente errônea do que realmente são os direitos humanos em nossa sociedade, da sua importância para as políticas públicas, assim como para a saúde mental, entre tantas outras. Isso se dá, pois os direitos humanos se encontram fragilizados em nossa atual sociedade devido a forte vagueza do entendimento teórico e prático do que são direitos humanos, assim como a alta carga de idealismo e abstração do termo (ARIFA, 2018).

Dessa forma é fundamental que os profissionais que atuam nas políticas públicas compreendam a importância dos direitos humanos, entendam a relação entre os direitos humanos e a saúde mental, assim como também abordem esse tema em suas discussões profissionais. Isso é importante na busca de estratégias para garantir a efetivação desses direitos, em especial na política de saúde mental infantojuvenil abordada por nosso estudo. Com isso vejamos alguns apontamentos acerca dos achados da nossa pesquisa nos CAPSi acerca de tal problemática:

### ***3.2.1 Direitos Humanos e a relação com a Saúde Mental para os profissionais***

Em nossa pesquisa nos CAPSi do estado da Paraíba analisamos a fala de alguns profissionais sobre os direitos humanos e qual importância no tocante à saúde mental. Pudemos observar que os profissionais entendem de fato o que são os direitos humanos, interpretando como algo necessário, como uma forma de defesa e busca pela garantia de direitos fundamentais, inclusive dos direitos das pessoas à saúde mental.

Vejamos algumas considerações sobre direitos humanos sob a ótica de alguns dos profissionais:

*Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, sem discriminação, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Estão inclusos o direito à vida e à liberdade, respeito a dignidade humana, à liberdade de opinião e de expressão, o direito à saúde e bem-estar, ao trabalho e à educação, entre e muitos outros (Coordenador A, 2020).*

*São direitos fundamentais, né? De qualquer pessoa tenha o básico para viver, prover suas necessidades. Respeito pelas suas particularidades, suas subjetividades (Profissional A, Patos, 2020).*

Em suma, de acordo com nossa análise, os profissionais entrevistados concordam com a ideia real de direitos humanos, compreendem-nos como algo fundamental para uma sociedade mais justa, assim como completa um dos profissionais, “*Direitos humanos é tudo! É direito à água, ao transporte, à moradia, à saúde, à habitação. Tudo que faz relação ao ser humano. É um olhar humanizado!*” (Profissional D, Campina Grande, 2020).

Para além, um dos profissionais enfatiza o que são direitos humanos em sua interpretação e completa destacando a discussão da utilização errônea e discriminatória dos direitos humanos em nosso contexto atual.

*Direitos que cabem a todos, sociais, políticos, que devemos usufruir e que atualmente está incorporado a ideia do senso comum de maneira inadequada, sobretudo por representantes políticos que nem sabem o significado e distorcem o termo. Hoje direitos humanos é tratado como direito para bandido, não entendem que direitos humanos é direito para todos. São as condições sociais, psíquicos, todas as condições que envolvem dignidade do ser humano* (Profissional B, Patos, 2020).

Para Arifa (2018) entender o que são direitos humanos é fundamental inclusive para superar a banalização a qual está submetida à utilização desse termo como forma de bandeira política com alta carga de idealismo, vagueza e generalidade, como já citados. Com isso, enfatizamos nesse instante que além de compreender a importância dos direitos humanos, é fundamental entender como esse tema possui relação com o próprio campo da saúde mental, uma vez que são intrinsecamente relacionados.

Direito humano é direito à saúde, à saúde mental. Essa relação está diretamente relacionada a todas as condições de garantia de cuidado e de vida desses sujeitos. Na própria fala dos profissionais ao relatar suas visões diante da relação entre os direitos humanos e saúde mental é afirmado que:

*Os direitos humanos estão diretamente relacionados aos avanços da política de saúde mental, através da lei 10.216, que garantiu o reconhecimento dos direitos da pessoa com transtorno mental, construção do conceito de dignidade humana, novos espaços de cuidado em saúde mental e a proteção dos direitos e o exercício da cidadania aos usuários que apresentam transtornos mentais* (Coordenador A, 2020).

*Sem dúvidas as premissas dos Direitos humanos, no que tange os direitos de todos humanos sem discrimina-los, é inerente às pessoas em sofrimento psíquico, sabendo que ainda é um tabu e alvo de preconceitos, embora que cada um de nós está sujeito a passar por algum momento na vida de*

*estresse, intensa angústia, entre outras questões que podem prejudicar nossa saúde mental* (Coordenador B, 2020).

Os profissionais reconhecem a importância dos direitos humanos inclusive para os avanços no campo da saúde mental, da própria implementação da Lei 10.216/2001 na busca da garantia da proteção dos direitos e da cidadania dos sujeitos que apresentam transtornos mentais. Nesse tocante, Amarante (2007) salienta que com a transformação da ciência e com a Reforma Psiquiátrica, o olhar dos direitos humanos fez os serviços terem passado a lidar com as pessoas e não mais com as doenças, ou seja, são reconhecidos não apenas como “pacientes doentes”, mas como seres humanos.

Outro profissional ressalta:

*[...] Se não considerarmos a dimensão do sujeito dentro do campo político de direitos o trataremos apenas como indivíduo, como sujeito implicamos os direitos dele. Se o profissional não tiver uma perspectiva do que é direitos humanos ele não saberá o que fazer com esse paciente, não vai vê-lo como ser humano, apenas como um lucro* (Profissional B, Patos, 2020).

Isto é, o reconhecimento dos direitos humanos desses sujeitos com transtornos mentais implica no seu reconhecimento como cidadão, como portador de direitos assim como qualquer outro ser humano. E caso os profissionais não tenham essa compreensão, o verão apenas como paciente, como fonte de lucro. Essa fala nos remete inclusive à lógica capitalista referente à saúde apenas como fonte de lucro, e dessa forma ocorre também na saúde mental, onde esses sujeitos considerados o lumpemproletariado<sup>65</sup> são vistos pela lógica capitalista tanto como inúteis ao capital no âmbito da produção de mais-valia.

Nas palavras de Amarante (2007, p.839), “A questão dos direitos humanos também possui importância singular, pois trata da inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental”. Isto é, é a partir de uma visão de direitos humanos que as pessoas com transtorno mental passam a ser tratados como sujeitos de direitos e o Estado constrói uma série de normatizações que legitimam esses direitos.

Nesse instante surge a necessidade de ressaltar a importância da abordagem do tema direitos humanos pelos profissionais dos Centros na sua atuação profissional junto dos

---

<sup>65</sup> Para Marx (1988) o lumpemproletariado é a camada de sedimento social que abita o pauperismo. São “vagabundos”, “delinquentes”, “deficientes”, “aleijados”, doentes, viúvas. Aqueles que não fazem parte da classe com capacidade laborativa ativa para vender sua força de trabalho ao capital, por esse motivo são considerados inúteis ao capital.

usuários e familiares. Os CAPSi têm como objetivo além de oferecer atendimento a essa população, também fortalecer o exercício da cidadania e dos direitos. Com isso é fundamental que os usuários e familiares compreendam o que sejam os direitos humanos e assim possam reivindicá-los, além disso, a própria participação social desses sujeitos é evidenciada na CF/1988.

Porém, mesmo nos CAPSi onde afirmaram haver realização de atividades em grupo com usuários e familiares para apresentarem e discutirem temas relevantes, o assunto direcionado aos direitos humanos não estava sendo discutido de forma específica. O que identificamos em nosso estudo foi a abordagem de temas interligados aos direitos humanos, como afirma um dos profissionais: *“É recorrente a luta pelos direitos das pessoas em sofrimentos psíquico e desmitificação dessa temática. A luta antimanicomial em si já faz parte da pauta dos direitos humanos a saber que reivindicamos o direito ao protagonismo e cidadania* (Coordenador B, 2020). Como o profissional afirma a temática **direitos humanos** não é desenvolvida diretamente, mas indiretamente ao discutir a própria luta antimanicomial e a própria desmistificação de estigmas relacionados a saúde mental, já que se trata de direitos humanos, ou outros temas.

Como salienta outro profissional: *“Não discutimos especificamente “direitos humanos”, mas a gente chama atenção para as questões sociais, para a questão de cuidado com a saúde, direitos”* (Profissional A, Patos, 2020). Isto é, o tema principal das discussões nunca foi “Direitos Humanos” em sua conceituação teórica, porém, assuntos interligados como saúde, direitos das crianças e dos adolescentes, e outros. Outro profissional ao elucidar quando realizam discussões sobre alguns temas relacionados aos direitos das crianças e dos adolescentes diz o seguinte:

*Realizamos oficinas onde abordamos coisas relacionadas a isso, aos direitos humanos, mas não de forma direta ao tema. E muitas vezes, mesmo sendo crianças, eles dizem, “é tia, a gente tem direito sim!”, e as mães ou responsáveis também passam a entender, isso é tão gratificante. É lindo ver que eles entenderam porque na maioria das vezes são pessoas leigas. E é ótimo ver se reconheceram como portadores de direitos quando explicamos pra eles os assuntos, sabe?!* (Profissional D, Campina Grande, 2020).

A própria sociedade levou séculos para reconhecer os direitos das crianças e dos adolescentes. Como vimos anteriormente, somente com a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente é que tivemos avanços nesse reconhecimento desses pequenos como sujeitos de direito. Quando tratamos de crianças e adolescentes que possuem algum

transtorno mental – a criança louca- isso é ainda mais complexo. Com isso, é mais que fundamental que as famílias e a sociedade como um todo compreendam do que se trata os direitos humanos e o que são direitos dessas crianças também, e com isso busquem contribuir para a garantia e defesa dos direitos humanos dessas crianças e adolescentes.

### **3.3 Usuários e familiares: quem são eles/as?**

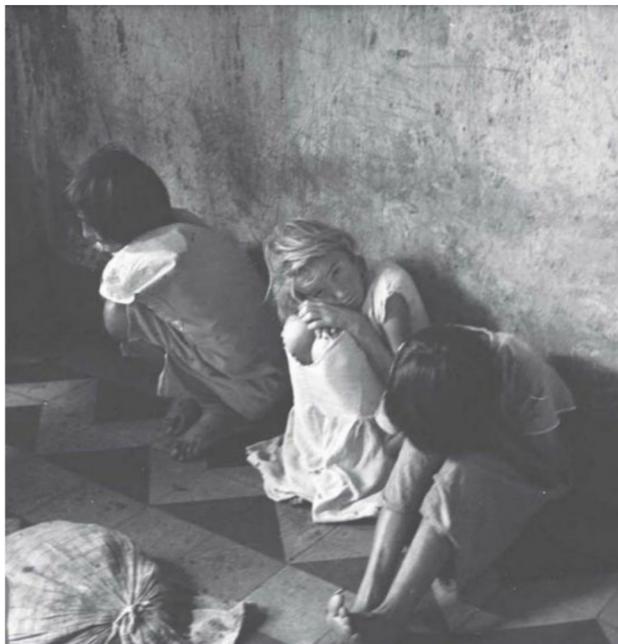
Nesses últimos momentos do nosso estudo abordamos as particularidades dos impactos da escassez de condições objetivas e subjetivas, de condições dignas de trabalho, do contexto de pandemia na vida dos profissionais dos CAPSi e a relação entre saúde mental e direitos humanos. Ou seja, apresentamos quem implementa e faz a política acontecer. Mas quem são os usuários da política de saúde mental mediada nesses Centros? Quem são seus familiares e cuidadores/as? Quem são esses sujeitos, afinal?

Destacamos que o contexto de pandemia impactou diretamente no caminhar do nosso estudo, inúmeros percalços surgiram com esse contexto atípico, como por exemplo, a impossibilidade de participação direta de usuários e familiares. Porém, mesmo diante das adversidades conseguimos atingir a realização do nosso estudo de campo, e não deixaremos de levantar alguns apontamentos acerca desse grupo que permaneceu invisibilizado durante séculos, **as** crianças e adolescentes, assim como seus familiares, que consideramos fundamentais e indispensáveis para o entendimento mais profundo da política de saúde mental Infantojuvenil.

A exclusão social se fez bastante presente na história da assistência psiquiátrica, assim como as práticas sociais que enfatizavam os loucos em detrimento do sujeito e das relações sociais. E esse quadro se agravava quando se tratava de crianças e adolescentes. Como exemplo citamos novamente o Hospital Colônia de Barbacena, onde Arbex (2013) afirma que recebia crianças com qualquer tipo de deficiência, física ou mental, muitas vezes sem nenhum diagnóstico de problema mental, apenas rejeitadas por suas famílias. Um verdadeiro “depósito de crianças”, como trata a autora.

**Figura 06**

## Crianças no Hospital Colônia de Barbacena (02)



Fonte: Imagem coletada do livro *Holocausto Brasileiro* – Daniela Arbex (2013)

Para Arbex (2013) esses pequenos indivíduos eram apenas crianças pobres excluídas, que ao cruzar o portão do Colônia, transformavam-se em propriedade do Estado. Porém essa realidade mudou. A partir das conquistas e das mudanças ocorridas nas instituições psiquiátricas, de caráter excludente e desumano, para o modelo de atenção psicossocial, em especial através dos CAPSi, passou-se a ser ofertada uma assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica que busca um atendimento integral e humanizado para esses pequenos.

Nesse instante, buscamos identificar e destacar quem são esses sujeitos que durante tanto tempo permaneceram omitidos, esquecidos e invisibilizados. A priori sabemos que são crianças e adolescentes, sujeitos na fase mais importante da vida, em pleno desenvolvimento. Mas em especial são pequenos que necessitam de uma atenção especial, de um cuidado integral. São crianças e adolescentes que sofrem ou possuem algum tipo de transtorno mental, e que segundo estatísticas, a prevalência desses problemas de saúde mental vêm aumentando consideravelmente nessa parcela da população nas últimas décadas.

Além disso, também apresentamos quem são os familiares, as pessoas responsáveis pelo cuidado com esses sujeitos que apresentam algum tipo de transtorno mental grave ou

persistente. Esses são sujeitos que além da relação de amor e amizade expressos na atitude do cuidado, também possuem suas particularidades, singularidades e subjetividades. Que muitas vezes estão inseridos num contexto adverso, complexo e que tem impacto de vários fatores, seja econômico, social, cultural.

Nesse momento levantaremos alguns apontamentos sob um recorte de gênero, classe e raça, especialmente de forma interseccional, que nos permitirá além de identificar e construir dados, também de reconhecer alguns aspectos socialmente importantes que devem ser levados em consideração sob um olhar crítico e sensível frente às condições do ser humano em nossa sociedade capitalista, patriarcal e racista.

### ***3.3.1 Gênero, Classe e Raça: um apontamento necessário***

Tratar acerca dos temas gênero, classe e raça é algo bastante complexo. Isso posto que, estamos inseridos em uma sociedade capitalista, patriarcal e estruturalmente racista, que impõe uma série de definições e restrições ao sujeito a partir da sua condição social, do seu gênero e da sua cor de pele, desde seu nascimento. Além da História ter sido escrita por homens brancos ricos falando sobre seus grandes feitos, o Estado, especialmente no Brasil, é composto por esses mesmos sujeitos, e isso ficou evidente no recorte que viemos realizando ao longo desse estudo acerca da gestão da política de saúde e saúde mental brasileira desde a década de 1990.

A divisão social e sexual em nossa sociedade capitalista e racista não está presente apenas no parlamento, no poder judiciário e no executivo brasileiro (formado preeminentemente por homens ricos e brancos), mas está fundamentalmente explícito em quem faz a política e quem vai ser o usuário dessa política. Essas crianças usuárias da política de saúde mental infantojuvenil obviamente não são os filhos/as, sobrinhos/as, netos/as desses sujeitos que aprovaram tal política.

Em nossa pesquisa constatamos que os CAPSi atendem um quantitativo bastante alto de crianças e adolescentes, entre 0 e 18 anos. Segundo a coordenação do CAPSi de Patos, esse atende mensalmente cerca de 130 crianças e adolescentes. A maioria desses sujeitos possui entre 7 e 11 anos e os problemas mais comuns são: transtornos de atenção, de conduta e desenvolvimento. A maioria do sexo masculino<sup>66</sup>, quanto à cor, a maioria são crianças pardas,

---

<sup>66</sup> A coordenação não soube informar os dados de forma precisa.

e ao tratar da situação socioeconômica das famílias, percebe-se que se trata de famílias de baixa renda, posto que a coordenação alega que algumas declaram não possuir nenhuma renda, algumas outras até um salário mínimo ou algum benefício do Governo Federal, como por exemplo, o Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada (BPC). Quanto a isso os profissionais salientam:

*A maior demanda são pessoas de condições mais precárias, mais carentes. Eles não possuem condições boas de renda porque a maioria as vezes não tem nem como trazer a criança para o CAPSi [...] alguns não chega a ter nem um salário mínimo, os que tem alguma renda são o Bolsa Família ou o BPC (Profissional A, Patos, 2020).*

*Atendo pacientes de Patos e região e muitas famílias alegam que não conseguem transporte com a prefeitura da sua cidade para levar essa criança até Patos, nem Patos oferta esse carro, então como não têm dinheiro eles as vezes não vão para o atendimento. Essa dificuldade não é só local, é também regional. Na cidade uns moram longe e como não tem ônibus na cidade eles tem que ir de moto taxi que custa R\$5,00 então por não terem condições ou vão a pé de um lado ao outro da cidade ou nem vão (Profissional B, Patos, 2020).*

A partir dessas informações, de início percebemos que o Centro carece de um protocolo ou procedimento que trate da questão socioeconômica desses usuários. Isso se configura importante, pois de acordo com a caracterização socioeconômica podem ser desenvolvidas ações de assistência de acordo com as necessidades desses sujeitos. De acordo com Ribeiro, Santos e Barbosa (2018), essa metodologia técnico-operativa é fundamental para identificar as fragilidades, necessidades, e assim poder estabelecer estratégias que possibilitem o acesso desses usuários a inúmeros outros serviços. Contudo, não é isso o que ocorre, e a Coordenação e os profissionais afirmam que o perfil socioeconômico dessas famílias é bastante preocupante no tocante às condições materiais e financeiras até mesmo para conseguirem garantir a permanência do acompanhamento das crianças no CAPSi.

As particularidades desses sujeitos são indispensáveis para entender os fatores de vulnerabilidade que essas crianças e adolescentes estão expostos, que podem inclusive interferir no quadro de adoecimento mental desses. Essa relação é evidenciada no conceito ampliado de saúde abordado pela própria Constituição Federal de 1988 onde afirma que se deve levar em consideração as condições sociais desses sujeitos para garantia de sua saúde integralmente.

Quanto ao CAPSi de Campina Grande, de acordo com informações colhidas durante nosso estudo, esse atende um quantitativo mensal médio de 250 crianças e adolescentes. São atendidos e acompanhados em sua maior parte adolescentes entre 12 e 18 anos, predominantemente do sexo masculino. De acordo com a coordenação, segundo o levantamento epidemiológico semestral realizado pelo CAPSi, os principais transtornos psíquicos acompanhados são: Transtornos esquizotípicos, transtornos de humor, transtornos fóbicosansiosos, transtornos globais de desenvolvimento, entre outros.

Além disso, quanto à renda das famílias a coordenação afirma o seguinte: “*As famílias possuem até 1 (um) salário mínimo ou (até R\$ 678,00). 90% é muito carente, recebem algum benefício como BPC, Bolsa Família, etc*” (Coordenação B, 2020). Assim como o CAPSi de Patos, o de Campina Grande possui usuários e familiares inseridos em um contexto socioeconômico de pobreza, onde não possuem condições financeiras propícias para um cuidado além do CAPSi com essas crianças. Afinal, se muitos deles não possuem condições de transportar as crianças até o Centro, como podem garantir uma alimentação adequada, vestimenta, lazer, entre tantas outras necessidades básicas para a garantia da saúde?

Em nossa pesquisa não obtivemos os dados de forma precisa referente aos familiares/cuidadores dessas crianças usuárias do CAPSi na cidade de João Pessoa. Porém, no estudo de Cíntia Galiza (2010), realizado no CAPSi Cirandar em João Pessoa, acerca do perfil dessas famílias, a autora alega que 86,1% dos responsáveis são sujeitos do sexo feminino, e 58,3% do total do grupo populacional de familiares das crianças e adolescentes usuárias do referido CAPSi é construído pela agregação de sujeitos que se autodeclararam negros e pardos. Além disso, 52,8% possuíam entre 33 e 43 anos, advindos de classes populares e 72,2% possuíam renda de no máximo 01 (um) salário mínimo.

Quando abordamos a problemática do contexto socioeconômico em que a família está inserida surge a necessidade de levantarmos uma questão ainda mais complexa: Como essas famílias, sob essas condições de vulnerabilidade econômica, podem garantir o cuidado desses indivíduos que possuem algum problema de saúde mental? O abandono dos “loucos/as” ao longo da história por parte da própria família é inegável. Ao se tratar especialmente de crianças, essas foram negligenciadas, abandonadas e entregues a condições sub-humanas, mas precisamos realizar uma análise com um olhar mais sensível acerca dessas particularidades.

Com isso, não podemos deixar de levar em consideração as condições objetivas dessas famílias, que em muitos casos podem simplesmente não possuir nenhuma condição material, financeira, educacional (no sentido de entender acerca dos cuidados adequados frente a quem possui problemas de saúde mental que, cabe citar, são complexos), para lidar com essas

crianças e adolescentes. Afinal, algumas particularidades históricas relevantes no cuidado com a infância devem ser levadas em consideração, como por exemplo, a questão da própria infância ser uma construção social, que possui uma série de variantes, como a tríade de classe, gênero e raça.

Nas palavras de James e Prount (1990, p.16), “A infância de crianças ricas será diferente daquela vivida pelas crianças oriundas da camada social mais desvalida; os meninos provavelmente não serão criados da mesma forma que as meninas; as experiências de crianças brancas serão distintas das crianças negras”. Com isso fica evidente que todo o contexto dessas crianças e dessas famílias deve ser levado em consideração.

Vejamos, na própria fala de um dos coordenadores de um CAPSi o mesmo evidencia que *“amiúde, os responsáveis pelos usuários ficam incapacitados de trabalhar formalmente, devido os cuidados das crianças e adolescentes que requerem uma atenção especial”* (Coordenador B, 2020). Ou seja, cuidar de alguém com problemas mentais, em muitos casos é uma tarefa árdua, desgastante. Muitos sujeitos, ainda mais ao se tratar de crianças, necessitam de cuidado integral, desde o banho, alimentação e todas as formas de cuidado.

Nesse momento, o fio da meada já nos remete a outra problemática: Quem é o responsável pelo cuidado desses sujeitos? A família? De acordo com informações colhidas através de nosso estudo nos Centros, mais de 90% dos responsáveis são do sexo feminino (mães, avós, tias, até madrastas foram citadas pelos profissionais). Isso está intrinsecamente relacionado a como nossa sociedade capitalista patriarcal construiu e enraizou os ideais de que o “cuidado” é tarefa unicamente feminina, assim como citam Guedes e Daros (2009, p.123): “No senso moral construído na sociabilidade burguesa, as atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina”. Ou seja, a sociedade diz que a mulher é a responsável pelo cuidado do lar, do esposo, dos filhos, dos doentes, de todos e todas, e dessa forma ocorre no cuidado com essas crianças.

Até mesmo no âmbito das profissões temos uma divisão dos papéis de gênero, sendo um campo de conhecimento mais direcionado aos homens (ciências exatas) e as profissões que tratam do “cuidado” mais direcionadas à mulher, como por exemplo, a enfermagem - primeira formação feminina universitária no Brasil -, a psicologia, o serviço social, e a pedagogia quando tratado da atenção a crianças, entre outras. Para Toebe e Perez (2017) isso tem relação com a ideia de que essas profissões necessitam de certo grau de paciência e destreza, qualidades atribuídas historicamente ao papel social feminino.

Para além, como afirma Hirata (2014), a função do cuidado é uma atividade em que as mulheres, geralmente pobres e negras, têm sido designadas historicamente, seja ao cuidado de idosos, crianças, doentes e pessoas com deficiência. Nos CAPSi de nossa pesquisa a maioria avassaladora dos indivíduos responsáveis pelo cuidado informal - não remunerados por essa atividade - com esses sujeitos são as mães, avós, tias, madrastras, ou seja, as mulheres.

Referente à renda, nossa pesquisa identificou nas falas dos participantes que grande parte dessas mulheres afirma realizar trabalhos domésticos na função de diaristas para complementarem os ganhos. São as mulheres que muitas vezes têm que conciliar uma dupla, tripla jornada de trabalho. Diante disso, se torna uma tarefa bastante difícil conciliar trabalho e ter que cuidar integralmente de outro ser, especialmente se esse for portador de doença mental grave.

Pegoraro e Caldana (2006, p. 87), nos confirmam que essa realidade não traduz apenas os CAPSi que fizeram parte de nosso estudo, mas a saúde mental como um todo: “No geral, além de mães, outras mulheres como avós, irmãs e esposas respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, em sua maioria indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros”. Além disso, as autoras caracterizam o cuidado como um processo contínuo que engloba a vida nas esferas social, emocional e material. Ou seja, essas próprias mulheres podem ter sua saúde mental afetada, pois muitas vezes se encontram como principais responsáveis acerca de todo o cuidado com essas crianças e adolescentes.

Para além, o “cuidado” na sociedade burguesa patriarcal não é direcionado meramente para as mulheres, mas para um recorte dessas mulheres. Mulheres ricas, na grande maioria brancas, não são expostas as essas condições como as demais. Com isso, partindo da análise de Davis (2011, p.8) no instante que afirma que, “classe reflete a raça, e a raça é forma como a classe é vivida”, devemos levar em consideração a cultura histórica do Brasil que é estruturalmente racista e desigual, dessa forma consideramos altamente relevante essa análise de forma interseccional com outros marcadores sociais, como raça e classe social.

Com essa análise buscamos salientar que a discussão da saúde mental, quando envolve a participação da família, dentro da organização social que possuímos, com a enorme desigualdade social, de gênero, e racial, deve levar em consideração inúmeros marcadores, justamente porque essas particularidades tem impacto direto nas condições de garantia dos direitos desses sujeitos portadores de problemas mentais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados de nosso estudo podemos traçar algumas considerações finais que afirmam que o processo de contrarreforma do Estado brasileiro possui seus pilares consolidados por volta da década de 1990 no país, e desde então vem realizando os mais bárbaros ataques às políticas de saúde e saúde mental Infantojuvenil, conquistadas nesse mesmo decurso temporal.

Em nossa análise teórica identificamos que as duas décadas finais do século XX e início do século XXI configuraram um divisor de águas para o sistema de proteção social brasileiro, especialmente no tocante ao direito humano à saúde. Nesse período tivemos uma das maiores conquistas sociais concretizadas constitucionalmente: O Sistema Único de Saúde – sistema esse considerado por nós complexo e extremamente importante. A partir de então, uma série de mudanças nunca antes vistas, especialmente no modelo de atenção à saúde mental Infantojuvenil, veio se desenvolvendo e transformando o que antes era caracterizado como exclusão em inclusão, abandono em cuidado, negligência em políticas públicas, desamparo em direitos, e mesmo que ainda hoje ocorram casos de violação desses direitos, essas conquistas são inegáveis.

Contudo, o paradoxo identificado por nós se situa no instante que paralelamente a esse avanço social do direito à saúde integral de crianças e adolescentes tivemos um processo de contrarreforma que veio se alastrando pelos governos ao longo das décadas, cada um com sua particularidade e intensidade. Evidenciamos que o governo FHC, caracterizado pela implantação do neoliberalismo, deu início ao ataque às políticas públicas supracitadas a partir do PDRE, das privatizações e da abertura a terceirização na saúde. Em seguida, o sonho pela transformação social que muitos depositaram no governo Lula não foi realizado em sua plenitude, contudo, consideramos que independente do governo, essa transformação seria utópica, pois a hegemonia capitalista imperou na correlação de forças existentes.

Dessa forma também ocorreu no governo Dilma. O poderio burguês pela economia neoliberal atrelado ao patriarcalismo foi suficiente para efetivar o golpe de Estado – parlamentar, jurídico, midiático e misógino - comprovando o quanto o país é submisso às forças econômicas capitalistas. Com o retorno dos setores conservadores e reacionários ao poder do país a partir do governo Temer retomou-se o processo de contrarreforma do Estado de forma avassaladora, atingindo de maneira direta a política de saúde. Além disso, o avanço do conservadorismo abriu brechas para o fascismo e as tentativas cada vez mais frequentes de

retrocesso na política de saúde e saúde mental, evidentes no governo Bolsonaro, que vem buscando colocar a política de saúde mental e os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, nas palavras de Correia (2019, p.2), “à beira do abismo e ao encontro do absurdo”.

A primeira parte do nosso trabalho esclareceu como todos os avanços e conquistas no âmbito da saúde no pós-redemocratização vivem constantemente em um nado contra a corrente até o momento atual. Mostrou que o Estado burguês, independente do governo, realiza incessantemente medidas que visam à diminuição do público e o fortalecimento do setor privado. Nesse campo de poder hegemonicamente neoliberal e cada vez mais conservador, a política de saúde mental se torna vulnerável e suscetível a retrocessos, inclusive das formas de cuidado asilar, excludente e violador de direitos humanos.

Entrelaçar os fios entre esse recente passado e o presente, entre as análises conjunturais e nossa realidade momentânea, não foi tarefa simples, mas tornou-se fundamental para compreendermos os avanços, as conquistas e, além disso, os percalços e desafios da garantia do direito humano à saúde mental Infantojuvenil, que durante séculos esteve invisível aos olhos da sociedade e do Estado. Esses pequenos sujeitos, indiferentes e inúteis ao capital, mas reconhecidos constitucionalmente como portadores de direitos, necessitam de uma política de saúde mental efetiva, que assegure além de uma saúde integral e de qualidade, a garantia de seus direitos humanos, da sua liberdade e cidadania. Além disso, quem cuida e quem faz essa política acontecer, os profissionais e os familiares/responsáveis, também merecem respeito, condições dignas de trabalho e de vida.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) são fundamentais para a mudança do modelo hospitalocêntrico e biomédico para o psicossocial, universal e integral. Esse serviço substitutivo ao manicomial trouxe consigo a ideia de liberdade, de inclusão, fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, de garantia de direitos humanos fundamentais. Entretanto, como pudemos identificar em nosso estudo, são fortes objetos de ataques, precarização e sucateamento do processo contrarreformista do Estado.

Com base nisso, os apontamentos traçados nesse estudo foram de suma importância para compreendermos o contexto da política de saúde mental Infantojuvenil no estado da Paraíba, que visou abarcar mais do que uma apresentação de dados, mas enfatizar um olhar interdisciplinar, interseccional, sensível e humano acerca das profundas questões que inviabilizam a efetivação do projeto da Reforma Psiquiátrica nesses Centros atualmente.

Quanto as condições objetivas de implementação da política de saúde mental Infantojuvenil – que são fundamentais – foi possível perceber que os CAPSi sofrem diretamente os impactos desse processo de desmonte. Pudemos comprovar como a

problemática do financiamento da política de saúde compromete a garantia dos serviços. O financiamento perpassou todos os governos desde sua gênese até o momento atual num campo de discussão inexpressivo, ou ao menos em segundo plano.

A quantia direcionada aos CAPSi, prioritariamente os que fizeram parte de nosso estudo, se demonstrou totalmente ínfima, o que faz os profissionais usarem recursos próprios para compra de materiais para a atuação profissional entre outras atividades. São valores que mal conseguem manter os serviços, garantindo minimamente o funcionamento dos Centros, assim como evidenciado nas falas das coordenações e profissionais que participaram de nossa pesquisa. Além disso, esses valores irrisórios quanto ao financiamento sofreram um avassalador ataque a partir da promulgação da Emenda Constitucional 95/2016, ainda no governo Temer, que configurou perdas bilionárias para o SUS, como apontado no trabalho, e conseqüentemente atinge a política de saúde mental Infantojuvenil e os CAPSi, necessitando urgentemente ser revogada.

Quanto a estrutura e as características física desses Centros percebemos a precarização explícita e concreta no CAPSi M<sup>a</sup> de Fátima Lima, na cidade de Patos. O mesmo sequer possui sede própria no instante da realização do nosso trabalho, o que afeta diretamente a oferta das ações e serviços para crianças e adolescentes do município e região, além de impactar na atuação da equipe multiprofissional. Outro fator que impacta não só esse Centro, mas também os demais, são as particularidades da equipe multiprofissional que se demonstraram pequenas frente a crescente demanda de usuários.

A problemática da crescente demanda pelos serviços dos CAPSi é presente em todos os Centros participantes do estudo. Isso sem dúvidas é resultado do aumento dos problemas de saúde mental cada vez mais frequentes em crianças e jovens como alerta a OMS. Com isso, fica evidente realçarmos a necessidade de ampliação dessas equipes, e a nosso ver, uma forma adequada seria a realização de concurso público, pois há anos esses municípios não realizam certame para contratação de profissionais, resultando em um quadro de efetivos reduzido e sobrecarregando esses profissionais que já compõem as equipes.

Observa-se, assim, a pertinência da problemática das condições objetivas e seus impactos nesses CAPSi e na garantia da oferta das ações e serviços destinados as crianças e adolescentes que necessitam da política de saúde mental. Todavia, nesse entrelaçado de fios que realizamos entre a teoria e nosso estudo de campo, identificamos alguns outros obstáculos que são altamente relevantes, especialmente por nossa discussão abarcar as particularidades de vivermos em sistema socioeconômico capitalista, patriarcal e racista.

Nesse sentido, compreendendo o pensamento marxista de que as condições materiais e os meios necessários à vida impactam e determinam as subjetividades do ser social, tornou-se imprescindível apresentarmos a relação entre as condições objetivas e os impactos na subjetividade desses sujeitos. Ou seja, as condições objetivas supracitadas neste estudo impactam diretamente na vida e trabalho desses profissionais, nas suas subjetividades, principalmente frente ao contexto atípico de pandemia que vivemos tornando ainda mais tênues algumas questões.

As condições precárias de trabalho desses profissionais, falta de local propício para atuação, sobrecarga frente à demanda, condições contratuais e salariais péssimas, o convívio cotidiano com ofensivas do Estado frente ao desmonte ainda maior da política de saúde mental, entre tantas outras questões identificadas por nós, agravadas ainda mais com a pandemia de covid-19 que assola o mundo, trouxe uma série de angústias, preocupações e sofrimentos para esses profissionais. Todos esses sentimentos apresentados pelos participantes de nosso estudo são resultantes dessas condições externas e materiais que inclusive impactam a saúde mental desses sujeitos.

Nessa linha de pensamento também apontamos a relação intrínseca entre saúde mental e direitos humanos, uma vez que a própria saúde mental é um direito humano fundamental, assim como a luta pela garantia desse direito é pauta de movimentos que visam um modelo de atenção integral, inclusivo e que garanta a cidadania desses sujeitos. Cabe destacar que a importância desse debate se acentua ainda mais na atual conjuntura conservadora, discriminatória e fascista que vivemos.

Além disso, identificar os sujeitos usuários e familiares dessa política sob um recorte de classe, gênero e raça foi extremamente necessário, isso posto que o capitalismo neoliberal reforça ainda mais as desigualdades sob um recorte interseccional, e que é pouco abordado nos estudos de saúde mental. Tendo em vista a exclusão e o preconceito como pressupostos presentes na história da loucura, é fundamental termos esse olhar sensível sob quem são esses sujeitos, assim como quem são os seus familiares/responsáveis. Além de tratar de sujeitos em fase de desenvolvimento, na maioria pardos/negros e pobres, são crianças e adolescentes “doidos/as”, com problemas de saúde mental. Sujeitos esses considerados inúteis ao capital. Na maioria filhos de famílias carentes, com baixo grau de escolaridade, e onde o principal responsável pelo cuidado é a mulher.

De modo geral, nosso trabalho trouxe apontamentos que destacaram a importância do fortalecimento da política pública de saúde mental para concretizar a garantia do direito humano à saúde mental de crianças e adolescentes no estado da Paraíba. Para isso,

consideramos ser necessário o olhar do Estado para a problemática do orçamento, das normatizações para estruturação dessa política em consonância com os princípios da RPB, de garantia digna de trabalho para os profissionais realizarem os serviços e possibilitarem a garantia dos direitos. Sobretudo, afirmamos a urgente necessidade de revogação da EC/95. Além disso, destacamos a necessidade de constante avaliação e discussão dessa problemática para atingir da melhor forma possível as necessidades de quem dela necessita.

A elaboração desse estudo possibilitou analisar os avanços nas conquistas e na legislação brasileira desde a gênese da política de saúde mental no Brasil, com a promulgação da Lei nº 10.216 e demais normativas ao longo dos anos, com foco em alguns dos CAPSi da Paraíba, assim como enfatizamos o nado constante dessas conquistas contra a corrente do processo de contrarreforma do Estado neoliberal. Dessa forma, afirmamos que são inegáveis os avanços no campo da saúde e saúde mental, mas que a luta e defesa por esse direito humano deve ser constante, permanente, sobretudo em nosso atual cenário político e econômico.

Destacamos por fim que esta pesquisa trata apenas de um recorte da realidade da saúde mental Infantojuvenil em alguns dos CAPSi do estado da Paraíba. Aqui pudemos apresentar apontamentos necessários ao debate e ampliação da problemática, todavia reafirmamos que essa discussão não se esgota nesta apresentação. Este trabalho se torna instrumento para o aprofundamento de um tema que é inesgotável, urgente e necessário, no âmbito acadêmico, profissional e social. Dito isto, afirmamos que para uma sociedade efetivamente mais justa e que garanta os direitos humanos é necessário que superemos essa forma de sociabilidade capitalista, patriarcal e racista, esse modelo neoliberal de desmonte do Estado, das políticas públicas e dos direitos. Inspiremo-nos então nas palavras de Nise da Silveira: *“Não faz parte do meu vocabulário a palavra recuar, deve-se sempre ir em frente. Anda-se para o futuro”*. Que esse futuro seja uma sociedade sem dominação de classe, gênero e etnia, e acima de tudo, de garantia dos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

\_\_\_\_\_. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: FRANCO, T. & DRUCK, G. (Orgs.) **A Perda da Razão Social do Trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BASTIEN, C. **A noção de crise no senso comum e nas ciências sociais**. 1989. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/759/1/CBsenso.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BEDIN, G. A; NIELSSON, J. G. A crise da década de 1970: observações sobre as ideias neoliberais e suas consequências. In: COSTA, L. C., NOGUEIRA, V. M. R., and SILVA, V. R., orgs. **A política social na América do Sul**: perspectivas e desafios no século XXI. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013.

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo. Cortez Editora. 2008.

\_\_\_\_\_. BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEZERRA, G.D. et al. **O IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**: REVISÃO INTEGRATIVA. 2020. <file:///C:/Users/Segislane/Downloads/758-Texto%20do%20artigo-3635-1-10-20200904.pdf>. Disponível em: Acesso em 15 jan. 2021.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

\_\_\_\_\_. **Direita e esquerda**: razões e significados de uma distinção política. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social**: que direitos para qual cidadania? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 79, p. 108-132, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de reforma do aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 27 jul. 2020.

\_\_\_\_\_, **Declaração Universal dos direitos Humanos**, 2000. Disponível em [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl\\_d\\_human.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl_d_human.pdf). Acesso em 25 dez 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde**: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Disponível em: [https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios\\_sobre\\_a\\_Portaria\\_3588.pdf](https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf). Acesso em: 13 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 11 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 11 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Planalto, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1.ed. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 06 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial**. 2020. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/raps.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/raps.pdf). Acesso em: 06 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. 2011. Disponível em: [https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo\\_legado1/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf](https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo_legado1/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf). Acesso em 11 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS n. 6015 de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília. 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf). Acesso em: 02 out. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 12**. 2015. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em: 06 nov. 2020.

BRAVO,M,I.;PELAEZ,E.;PINHEIRO,W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentun**, Vitória,v.10,n.1, p.9-23,jan/abr/2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Por um partido democrático, de esquerda e contemporâneo**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São Paulo: Lua Nova, n. 39, 1997.

\_\_\_\_\_. **A nova esquerda: uma visão a partir do Sul**. Revista de Filosofia Política: Nova Série, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Filosofia, v. 6, 2000.

\_\_\_\_\_. **O paradoxo da esquerda no Brasil**. Revista Novos Estudos, São Paulo: Cebrap, n. 74, mar. 2006.

BRITO, F. S. L. Relatos Orais e Reforma Psiquiátrica: instaurando rasuras e produzindo discursos. In **X Encontro Nacional de História Oral: testemunhos, história e política**. Anais. Recife, PE. 2010. Disponível em: [http://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270296848\\_ARQUIVO\\_TrabalhoCompleto.pdf](http://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270296848_ARQUIVO_TrabalhoCompleto.pdf). ISBN 978-85-7315-769-7. Acesso em: 04 out. 2020.

CAMARGO, J.M; CORSI, F.L; VIEIRA, R.L. (org.). **Crise do capitalismo: Questões internacionais e nacionais**. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Oficina Universitária, 2011.

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

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006. Disponível em: [http://www.sergiofreire.pro.br/ad/CHAUÍ\\_OQI.pdf](http://www.sergiofreire.pro.br/ad/CHAUÍ_OQI.pdf). Acesso em: 16 jun. 2020.

COMPARATO, F. K. **A civilização capitalista**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CORREIRA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?. In: **Cadernos de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade/ organizadoras, Maria Inês Bravo... [et al.]**. 1. ed. – Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011.

CORREIA, L. C; MARTINS, L; REQUIÃO, M. À BEIRA DO ABISMO E AO ENCONTRO DO ABSURDO: CONSIDERAÇÕES SOCIOJURÍDICAS SOBRE A NOTA TÉCNICA N. 11/2019 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista Jurídica (FURB)** v. 23, nº. 50, jan./abr. 2019.

DAVI, G. In: OUTRAS PALAVRAS. **Os primeiros impactos da Emenda Constitucional 95: INVENTÁRIO DOS RETROCESSOS**. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=atu1TfNQawM>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DAVIS, A. **As mulheres negras na construção de uma nova utopia**. Conferência realizada na Ia Jornada Cultural Lélia Gonzales. São Luiz. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em 02 jan. 2021.

DELGADO, P. G.G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.2016/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, 63 (2). 2011.

\_\_\_\_\_. A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada. **In Revista Radis: Comunicação em Saúde**, n.97, set. 2010.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte (Editorial). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>. Acesso em 31 jan. 2021.

DIAS, C. M. N. P. **Trabalho produtivo e trabalho improdutivo: de Marx à polêmica marxista** (Napoleoni, Rubin e Mandel). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro - RJ: Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SUBJETIVIDADE. In: **Dicionário Online de Português**. 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/subjetividade/>. Acesso em: 22 fev. 2021.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **PEC nº 241/2016: de novo regime fiscal e seus possíveis impactos**. Nota Técnica nº 161, set./2016. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2016/notaTec161novoRegimeFiscal.pdf>. Acessado em: 13 ago. 2020.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 23. 3ed, São Paulo: Atlas, 2010.

FARIA, D. J. **CRISE DE 1929 CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O PARTIDO DEMOCRATA E O PARTIDO REPUBLICANO NOS ESTADOS UNIDOS**.

Brasília, 2016. Disponível em:

[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21796/1/2016\\_D%C3%A9boraJacinthodeFaria.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21796/1/2016_D%C3%A9boraJacinthodeFaria.pdf).

Acesso em: 24 fev. 2020.

FÉLIX, L.B. **(IN)VISIBILIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

**INFANTOJUVENIL**: Tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede. Tese do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. 2016.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**. São Paulo: Globo, 2005.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: MASUALDO, B.; ARCEO, E. (Org.) **Neoliberalismo y sectores dominantes - tendências globales y experiências nacionales**, Buenos Aires: CLACSO, 2006.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. Revista **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1127-1137, OUT-DEZ 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura** (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva. 2012.

\_\_\_\_\_. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES/ PARTIDO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO

BRASILEIRO/PMDB. **Uma Ponte para o Futuro**. 2015. Disponível em Acesso em:

<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **A Travessia Social – Uma Ponte para o Futuro**. 2016. Disponível em:

[https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmbd\\_livreto\\_pnte\\_para\\_o\\_futuro.pdf](https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmbd_livreto_pnte_para_o_futuro.pdf). Acesso em: 11 ago. 2020.

GALBRAITH, J. K. **1929, o colapso da bolsa**. São Paulo: Pioneira, 1988.

GALIZA, C.J.R.B. **DE ONDE VEM MINHA FORÇA**: um estudo sobre a influência da religiosidade dos/as cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais. Dissertação de Mestrado (UFPB). João Pessoa. 2010.

GONCALO, C.S. BARROS, N. F. Entrevistas telefônicas na pesquisa qualitativa em saúde. **Saúde Transform. Soc.** 2014, vol.5, n.1, pp. 22-26. ISSN 2178-7085.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. In: Scielo, 2012.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/03.pdf>. Acesso em 08 set. 2020.

GUEDES, O.S; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **SERV. SOC. REV.** Londrina, V. 12, N.1, p. 122-134, jul/dez. 2009.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GUERREIRO, J. V; BRANCO, M.A.F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.16 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2011.

HARDT, M; NEGRI, A. **Império**. São Paulo: Record. 2001.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

HUSSON, M. **Uma crítica do neoliberalismo**. Lisboa, Terramar, 1999.

IBGE. **Estatísticas de Gênero**. 2016. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas\\_metodologicas.html](http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html). Acesso em 17 nov. 2020.

JAMES, A; PROUT, A. **Constructing and reconstructing childhood**: contemporary issues in the sociological stud of childhoold. London. Fahner Press. 1990.

KLEIN, N. **A doutrina do choque**: a ascensão do capitalismo de desastre. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2012.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

LIMA, K. **Políticas Públicas no Brasil hoje**: uma ponte para qual futuro? Disponível em:  
<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/politicaspUBLICASnobrasildehojeumaponteparaqualfuturo.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

LOVISE, G. M. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Rev. Bras Psiquiatr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

MACHADO, A.L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Rev. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2003. Disponível em:  
<https://scielosp.org/pdf/csc/2004.v9n2/483-491/pt>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MACHADO, M.H; OLIVEIRA, E.S; MOYSES, M.N.M. TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MAIA, A. C. N. **Representações da crise de 1929 na imprensa brasileira relações entre história, mídia e cultura**. 2013. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/vh/v29n49/a11v29n49.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

MAGNO, C. Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir no JR. **Correio da Paraíba**, Campina Grande, b4, 28 de abril. 2005.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril cultural, 1982.

\_\_\_\_\_. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaios. 1990.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. O processo de produção do capital - v. 1, t.1. São Paulo: Nova Cultural, v.1. t.1. (Col. Os Economistas). 1988.

\_\_\_\_\_ ; ENGELS, F. **O manifesto do partido comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

MASCARO, A. L. **Crise e pandemia**. 1 ed. São Paulo: Boitempo. 2020. Recurso digital.

MAZETTO, F.E. Estado, Políticas Públicas e Neoliberalismo: um Estudo Teórico sobre as Parcerias-Público-Privadas. **Caderno de Estudos Interdisciplinares** – Edição Especial Gestão Pública e Sociedade 01-21. 2015.

MEDEIROS, A.P.A; TOMÉ, C.A. **Desafios para efetivação da política de atenção à saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Patos/PB**. 2018.

Disponível em:

<https://repositorio.ifpb.edu.br/jspui/bitstream/177683/927/1/TCC%20vers%C3%A3o%20para%20dep%C3%B3sito%20no%20polo.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, vol. 5. 2011.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. In: **Argumentum**, Vitória, v 9,n.3, p.30-36,set/dez.2017.

NEGRÃO, J.J.O. **O governo FHC e o neoliberalismo**. 1996. Disponível em:

[http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v1\\_artigo\\_negrao.pdf](http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v1_artigo_negrao.pdf). Acesso em: 27 jul. 2020.

NOGUEIRA, M.S.L; COSTA, L.F.A. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL**: discutindo o paradigma da desinstitucionalização. 2007. Disponível em:

[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia\\_liduina.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia_liduina.pdf). Acesso em 04 jan. 2021.

PAULO NETTO, J.. **Crise do capital e transformações societárias**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/nl11/a02.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULANI, L. M. Brasil Delivery: A política econômica do governo Lula. **Revista de Economia Política**, vol. 23, nº 4 (92), outubro-dezembro/2003. Disponível em:

<http://www.rep.org.br/PDF/92-4.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

PEGORARO, R.F; CALDANA, R.H.L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Revista Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- SALVADOR. E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.
- SANTOS, T. S. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, 11(1), 120-156. 2009.
- SEKI, A.K. Discurso novo-desenvolvimentista, governo neoliberal: o PT e o aprofundamento da dependência e da financeirização das relações sob o capital. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 4, n.2 ago./dez. 2015.
- SILVA, S.M.P; CITTADINO, M. DIREITOS HUMANOS E CAPITALISMO: BUSCANDO ENXERGAR RAÍZES PARA CULTIVAR NOVOS FRUTOS. In: Luciano Nascimento Silva. (Org.). **FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS DOS DIREITOS HUMANOS: Linguagem, Memória e Direito**. 21ed.Campina Grande: Editora Eduepb, p. 331-345. 2020.
- SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos: no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.
- SILVA, S.N; LIMA, M.G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 26(1):149-160, jan-mar 2017.
- SILVA, M. D. **O processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer**. 2019. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3575/2/DISS%20-%20Mayara%20Duarte%20Silva.pdf>. Acesso em 20 jul. 2020.
- SILVA, A.C.F; MOTA, L.A; DORNELAS, C.S.M; LACERDA, A.V. **A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro**. 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/viewFile/72132/41081>. Acesso em 02 fev. 2021.
- SOARES, R. C. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.
- SOUZA, N. O. **Legislação do SUS comentada e esquematizada**. 2ed. Salvador: SANAR, 2018.
- TRAPÉ, T.L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**. 51:19. 2017.
- VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil**. 2011. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao\\_atual\\_conjunt\\_sm\\_0511.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao_atual_conjunt_sm_0511.pdf). Acesso em: 10 set. 2020.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, 28).

WANDERLEY, E.G.F. A institucionalização da loucura no estado da Parahyba do norte: da hospitalização no século XIX à medicalização no início do século XX. Revista **História da Saúde e das Doenças**. V. 10 n. 19, 2019.

\_\_\_\_\_. **A CIDADE, O[A] LOUCO[A] E OS ASILOS: OS LUGARES PARA A LOUCURA EM PARAHYBA DO NORTE 1877-1928**. Disponível em: [http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364818651\\_ARQUIVO\\_OSLUGARESPARAALOUCURAEMPARAHYBADONORTE.pdf](http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364818651_ARQUIVO_OSLUGARESPARAALOUCURAEMPARAHYBADONORTE.pdf). Acesso em 20 dez. 2020.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**, Ed. 5ª. – São Paulo: Cortez, 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) Sr.(a) \_\_\_\_\_ está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba (2016/2020), desenvolvida por **SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA**, aluno regularmente matriculado no **PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS** da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora **MONIQUE GUIMARÃES CITTADINO**.

Os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Geral: Analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de Saúde Mental InfantoJuvenil no estado da Paraíba a partir do governo Temer com a promulgação da EC nº 95/2016 até o ano de 2020.

E tem como objetivos específicos: a) Analisar a conjuntura de contrarreformas a partir da consolidação do ideário neoliberal no governo FHC e suas ofensivas na política de saúde como promotora do direito humano fundamental à saúde até 2020; b) Descrever a estruturação do atendimento à saúde mental Infantojuvenil com os CAPSi no estado da Paraíba a partir da Lei 10.216 de 2001 e da EC nº 95/2016; e c) Identificar as particularidades do processo de contrarreforma e os impactos e desafios à saúde mental Infantojuvenil no estado da Paraíba após a EC nº 95/2016.

Justifica-se o presente estudo por se tratar de uma problemática que pode estar afetando a efetividade das ações e serviços da saúde mental Infantojuvenil dos CAPSi no estado da Paraíba, impactando diretamente na garantia de uma saúde mental integral e de qualidade para crianças e adolescentes que necessitam dessa política no estado, além do impacto na vida e condições de trabalho dos próprios profissionais. Enfatizamos também

que a literatura sobre o tema é recente, escassa e pouco divulgada, fato que despertou real interesse em estudá-lo e divulgá-lo.

A participação do(a) sr.(a) na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor.

Se você decidir participar, você será submetido(a) ao procedimento de **entrevista** nos fornecendo informações importantes sobre as experiências do cotidiano do equipamento do qual você faz parte.

Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada. Se sentir-se constrangido(a) de alguma forma, em qualquer momento poderá se recusar a responder a alguma pergunta ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação por nós realizada. Obedeceremos critérios técnicos adequados de forma a não prejudicar a qualidade e autenticidade das informações, utilizando a técnica de análise de conteúdo

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas, assegurando-se que o seu nome será mantido no mais absoluto sigilo por ocasião da publicação dos resultados.

Caso a participação de vossa senhoria implique em algum tipo de despesas, as mesmas serão ressarcidas pelo pesquisador responsável, o mesmo ocorrendo caso ocorra algum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

## CONSENTIMENTO APÓS O ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa “**CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba (2016/2020)**” e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Segislane Moésia Pereira da Silva  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

## APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a gravação em áudio das informações que prestarei à pesquisadora responsável durante a entrevista via telefone que faz parte do processo de coleta de informações da pesquisa: **“CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no estado da Paraíba (2016/2020)”**. Permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Elas poderão ser gravadas em meio digital, e armazenadas em mídias eletrônicas, transcritas a partir de critérios técnicos adequados de forma a não prejudicar a qualidade e autenticidade das informações, bem como poderei solicitar a leitura das transcrições a qualquer momento.

Se sentir-me constrangido(a) de alguma forma em qualquer momento, poderei me recusar a responder qualquer pergunta ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação realizada. Certo de que as informações serão utilizadas apenas para fins científicos de análise da realidade social, permito que sejam utilizadas para o desenvolvimento da referida pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Segislane Moésia Pereira da Silva  
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DA  
EQUIPE**

**1. Dados sobre o profissional:**

- 1.1 Sua função no CAPSi:
- 1.2 Possui Especialização, Pós-Graduação, curso de aperfeiçoamento ou algo do tipo na área de saúde mental Infantojuvenil? Caso sim, diga qual e porque decidiu fazer?
- 1.3 Qual seu tempo de atuação nesse CAPSi?

**2. Atuação na saúde mental Infantojuvenil e no CAPSi:**

- 2.1 Quais os maiores desafios de atuar na política de saúde mental Infantojuvenil?
- 2.2 Quais os maiores desafios de atuação nesse CAPSi?
- 2.3 O CAPSi oferece todas as condições para o Sr/Sra realizar sua atuação profissional de maneira efetiva?
- 2.4 Qual a importância do CAPSi para a vida das crianças e dos familiares usuários do serviço?
- 2.5 Já chegou a faltar algum recurso que impossibilitou sua atuação?
- 2.6 Na sua concepção houve alguma mudança no CAPSi após o ano de 2016? As condições de trabalho estão mais limitadas ou houve melhora nos recursos?
- 2.7 Como se dá o trabalho em equipe? Há uma articulação entre a equipe?

**3. Conhecimentos sobre a Emenda Constitucional 95/2016:**

- 3.1 O Sr/Sra conhece a Emenda Constitucional 95/2016? Fale sobre.
- 3.2 Acredita que a EC 95/2016 afeta as condições de trabalho? Quais?
- 3.3 O Sr/Sra é a favor da revogação/anulação da EC 95 de 2016? Fale um pouco sobre o que acha.
- 3.4 A Sra tem conhecimento de outras medidas e mudanças que vem ocorrendo na política de saúde mental? Se sim, quais e qual seu posicionamento diante delas?

**4. Usuários e familiares:**

- 4.1 Em sua opinião, qual o grau socioeconômico das famílias das crianças usuárias dos serviços do CAPSi? São famílias mais carentes?
- 4.2 As famílias têm alguma dificuldade de levarem as crianças para o CAPSi?
- 4.3 Quem normalmente é o responsável pela criança? A mãe, o pai ou outros?

**5. Direitos humanos e saúde mental:**

- 5.1 Qual sua concepção sobre direitos humanos?
- 5.2 Acredita na importância da relação entre os direitos humanos e a política de saúde mental? Fale sobre:
- 5.3 Já abordaram o tema direitos humanos nas reuniões ou com os usuários e familiares?
- 5.4 O Sr/Sra acha que essas questões levantadas possuem importância para a saúde mental?

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO A COORDENAÇÃO DO CAPSi

### QUESTIONÁRIO APLICADO A COORDENAÇÃO DO CAPSi

Caro(a) coordenador(a), solicitamos que preencha o questionário a seguir, a fim de que possamos coletar informações sobre os impactos do processo de contrarreforma do Estado, especialmente a partir da EC nº95/2016, na oferta dos serviços e efetivação da política de saúde mental Infantojuvenil oferecidos pelo presente Centro Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Ressaltamos que os serviços não serão identificados durante a pesquisa, e tampouco nos relatórios a respeito. Caso tenha outras dúvidas em relação ao preenchimento do questionário, por favor, entre em contato com a pesquisadora Segislane Moésia Pereira da Silva.

Esperamos que esse estudo possa contribuir para um aprofundamento da temática, como também contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de condições que propiciem políticas públicas de saúde mental efetivas para a população Infantojuvenil. O tempo aproximado de preenchimento e devolução deste questionário é de 5 dias a contar do dia de envio.

Aproveitamos para agradecer a sua participação e contribuição!

#### QUESTIONÁRIO:

##### **1. Sobre o(a) gestor(a)/coordenador(a):**

- 1.1 Idade (     );
- 1.2 Qual sua formação? (Ensino superior e Pós-Graduação e instituição)
- 1.3 Qual seu tempo de atuação na gestão desse CAPSi?
- 1.4 Qual seu tempo de atuação na saúde mental Infantojuvenil no total?

##### **2. Sobre as condições objetivas de funcionamento dos CAPSi antes e após a Emenda Constitucional 95/2016:**

- 2.1 Qual seu conhecimento sobre a Emenda Constitucional 95 de 2016? Fale o que entende dessa EC 95/2016:
- 2.2 Qual a verba destinada a esse CAPSi antes e após a EC 95 de 2016?

2.3 O(a) Sr(a) acredita que a verba desse CAPSi deveria ser maior? Justifique.

2.4 Na sua opinião, quais os impactos dessa Emenda Constitucional 95/2016 no CAPSi?

2.5 Já discutiram em equipe questões relacionadas ao financiamento da política de saúde mental Infantojuvenil?

2.6 A Emenda Constitucional 95/2016 impactou na formação da equipe?

### 3. Sobre a equipe multiprofissional:

3.1 Por favor, preencha a seguinte tabela com informações sobre a equipe técnica do CAPSi:

EQUIPE TÉCNICA			
FUNÇÃO	QUANTIDADE	Nº EFETIVOS	Nº CONTRATADOS
Assistente Social			
Artesão (Facilitador de oficinas)			
Auxiliar de Serviços Gerais			
Coordenador			
Enfermeiro			
Psicopedagogo			
Psicólogo			
Psiquiatra			
Fonoaudiólogo			
Recepcionista			
Técnico de Enfermagem			
Terapeuta Ocupacional			
Se tiverem outros, por favor, cite quais:			

3.2 A equipe realiza reuniões com que frequência e qual objetivo das reuniões?

Discorra:

### 4. Sobre o serviço:

4.1 Desde quando esse CAPSi está funcionando?

4.2 Quais os dias e horários de funcionamento?

4.3 Qual o território de abrangência?

4.4 Qual a população de abrangência?

4.5 Quais os principais serviços e ações ofertados e quais são priorizados?

4.6 Quantos usuários esse CAPSi atendia até 2016 e atualmente? Houve redução entre 2016 e 2020?

4.7 A demanda teve aumento entre os anos de 2016 e 2020? Sabe informar de quanto?

4.8 Como o Sr/Sra avalia o CAPSi:

Ótimo       Bom       Ruim       Péssimo

Justifique:

**5. Sobre as crianças e adolescentes usuárias e a família dos usuários do CAPSi:**

5.1 Quantas crianças e adolescentes o CAPSi atende e acompanha em média por mês e por ano?

Por mês:

Por ano:

5.2 Qual a faixa etária de maior prevalência de usuários nesse CAPSi? Enumere em 1, 2 e 3, sendo 1 a faixa etária de maior frequência.

0-6 anos                       7-11 anos                       12-18 anos

5.3 Qual a quantidade de crianças e adolescentes usuárias por gênero?

Masculino       Feminino       Outro

5.4 Quais os problemas de saúde mental mais comuns que as crianças e adolescentes mais demandam no CAPSi?

5.5 Como o Sr/Sra considera a questão socioeconômica dos usuários e de sua família atendidas no CAPSi? São famílias mais carentes? Se tiver alguma informação sobre a renda das famílias, por favor, nos informe a média da renda dos usuários:

(A) Nenhuma renda.

(B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00).

(C) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00).

(D) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00).

5.6 Tem informação se as famílias ou responsáveis estão inseridos em programas do governo como Bolsa Família ou as crianças recebem algum auxílio como, por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC)?

5.7 Se tiver informação sobre características étnico-raciais das crianças e familiares, por favor, informar a prevalência:

Branca       Preta       Amarela       Parda       Indígena

Caso queira discorrer sobre, fique a vontade:

5.8 Quem na maioria das vezes é responsável por acompanhar a criança e adolescente ao CAPSi?

Um familiar/responsável do gênero: Masculino       Feminino       Outro

**6. Direitos humanos e saúde mental:**

6.1 Qual sua concepção sobre direitos humanos?

6.2 Acredita na importância da relação entre os direitos humanos e a política de saúde mental?

6.3 Já abordaram o tema direitos humanos nas reuniões com a equipe?

**Nosso questionário se encerrou!**

**Muito obrigada por todas as informações prestadas.**

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:  
Impactos

nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis no estado da Paraíba  
(2016/2020)

**Pesquisador:** Segislane Moésia Pereira da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31660920.2.0000.5188

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.174.613

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, do NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS, do CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Monique

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Guimarães Cittadino.

**Objetivo da Pesquisa:**

OBJETIVO GERAL:

Analisar os impactos da contrarreforma do Estado na política de Saúde Mental Infante-Juvenil no estado da Paraíba a partir do governo Temer com a promulgação da EC nº 95/2016 até o ano de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar a conjuntura de contrarreformas a partir da consolidação do ideário neoliberal no governo FHC e suas ofensivas na política de saúde como promotora do direito humano

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

E-mail: [comitedeetica@ccs.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccs.ufpb.br)

Continuação do Parecer: 4.174.613

fundamental à saúde até 2020;

- Descrever a estruturação do atendimento à saúde mental Infanto-juvenil com os CAPSi no estado da Paraíba a partir da Lei 10.216 de 2001 e da EC nº 95/2016;

- Identificar as particularidades do processo de contrarreforma e os impactos e desafios à saúde mental Infanto-juvenil no estado da Paraíba após a EC nº 95/2016.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Vergonha, Cansaço ao responder as

perguntas. Benefícios:

Contribuição para compreensão da atual situação da oferta dos serviços e ações destinadas à crianças e adolescentes que necessitam da política de saúde mental infanto-juvenil no estado da PB. Aprofundamento do tema para levantamentos de possíveis novos estudos no âmbito acadêmico.

Contribuição para a sociedade compreender o funcionamento da política de saúde mental. Contribuição na luta dos setores profissionais que defendem uma saúde pública gratuita e de qualidade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, analisar os impactos da contrarreforma do Estado na política de Saúde Mental Infanto-Juvenil no estado da Paraíba a

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

CEP: 58.051-900

UF: PB Município: JOAO PESSOA

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DA PARAÍBA



partir do governo Temer com a promulgação da EC nº 95/2016 até o ano de 2020.

Continuação do Parecer: 4.174.613

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

**Recomendações:**

RECOMENDAMOS QUE, CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO (MUDANÇA NO

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.174.613

TÍTULO, NA AMOSTRA OU QUALQUER OUTRA), A PESQUISADORA RESPONSÁVEL DEVERÁ SUBMETTER EMENDA SOLICITANDO TAL(IS) ALTERAÇÃO(ÕES), ANEXANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

RECOMENDAMOS TAMBÉM QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL E DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS, AMBOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO,

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DE TODAS AS PENDÊNCIAS ELENCADAS NO PARECER ANTERIOR, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DE PESQUISA, DA FORMA COMO SE APRESENTA, SALVO MELHOR JUÍZO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DA PARAÍBA



Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO PROJETO_1529021.pdf	06/07/2020 11:05:14		Aceito
Outros	TERMOS_DE_ANUENCIA.pdf	06/07/2020 11:03:43	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_SEGISLANE_PPGDH.pdf	06/07/2020 10:59:59	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/05/2020 11:26:22	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	06/05/2020 11:08:05	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.174.613

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	06/05/2020 11:08:05	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito
Outros	CERTIDAO_DE_APROVACAO_PELCOLEGIADO.pdf	06/05/2020 11:01:26	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/05/2020 10:59:05	Segislane Moésia Pereira da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 27 de  
Julho de 2020

---

**Assinado por:**

**Eliane Marques  
Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br