

Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas

Tathiana Gomes¹

Resumo

Este texto busca refletir sobre as repercussões da crise do capitalismo em seu atual estágio na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. Destaca as consequências para as políticas sociais, a partir da adoção de estratégias de gestão privada dos serviços públicos. Considera que estas estratégias promovem, em contradição ao discurso da racionalização e eficiência, a transferência de recursos públicos para o setor privado, além da intensa precarização. No campo da saúde mental, este cenário pode representar um retrocesso das conquistas obtidas a partir do processo de reforma psiquiátrica, significando, no longo prazo, um desmonte desta política social.

Palavras-chave

Crise; Capitalismo; Política social; Reforma psiquiátrica.

Contemporary capitalism, crisis and social policy: impacts on mental health policy, alcohol and other drugs

Abstract

This text seeks to reflect on the repercussions of the crisis of capitalism in its current stage in health policy mental, crack, alcohol and other drugs. Highlights the consequences for social policies, from the adoption of private management strategies of public services. Considers that these strategies promote, in contradiction to the discourse of rationalization and efficiency, the transfer of public funds to the private sector, in addition to intense insecurity. In the field of mental health this scenario may represent a setback of the achievements from the psychiatric reform process, meaning in the long run, a takedown of this social policy.

Keywords

Crisis; Capitalism; Social policy; Psychiatric reform.

Capitalismo contemporâneo e crise: desafios à política social

Mas atiro-a, flecha turva, esperança e nojo, vida e cólera, atiro-a com este punho fechado, com esta sede e esta fome, atiro-a com a funda mais funda do meu sonho mais profundo, atiro-a contra argentários e fundiários, opressores e ditadores, atiro-a em meu nome e em nome dos que ainda não têm nome e em nome dos que em dores e cólicas acordam para o seu nome, e ao rés-do-chão, em pleno pó, o desentranham.

Hélio Pellegrino

O capitalismo contemporâneo tem experimentado, especialmente a partir dos anos 1970, ciclos cada vez mais frequentes de manifestações de suas crises estruturais.

Diante da crise que se inicia na década de 1970, cujos elementos determinantes não eram externos ao capital, as saídas viabilizadas pelas classes dominantes demonstraram a disposição em romper com o pacto social democrata que marcou o período histórico imediatamente anterior, caracterizando uma ofensiva burguesa e deixando para a classe trabalhadora um ônus significativo com este movimento de reorganização do capital (ANTUNES, 2005; BEHRING, 2010; MOTA, 2010; ALENCAR e GRANEMANN, 2009).

No cerne deste processo estava a “reorganização do papel das forças produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, tanto na esfera da produção como na das relações sociais” (MOTTA, 2000, p. 65). Como parte dessa ofensiva burguesa, iniciou-se a expansão progressiva de mudanças substanciais incentivadas pela retomada do ideário liberal. As transformações políticas e econômicas operadas a partir de então expressam um “conjunto de ações que interagem mutuamente e assim caminham, no sentido de estabelecer um equilíbrio no sistema de relações capitalistas como um todo” (PINTO, 2007, p.37).

Entende-se por crise o momento cíclico pelo qual passa o capital de tempos em tempos caracterizado, entre outras coisas, pela necessidade de transpor as contradições inerentes ao próprio ciclo de reprodução capitalista. Como bem destaca Mota “as crises econômicas são inerentes ao desenvolvimento do capitalismo e, diante dos esquemas de reprodução ampliada do capital, a emergência delas é uma tendência sempre presente” (1995, p. 37).

Parte-se do pressuposto que se assim compreendidas, tais crises não podem ter seus determinantes identificados em agentes externos tais como a regulação do Esta-

do, o excesso de direitos sociais e organização dos trabalhadores, por exemplo. Estes podem ser, na melhor das hipóteses, elementos adjacentes à crise estrutural do capital.

Capital, Estado e trabalho são considerados por Mészáros (2003) como “as dimensões materialmente constituídas e inter-relacionadas” que oferecem, em seu conjunto, a base de sustentação do sistema sociometabólico do capital. Assim sendo, imbricados num nexos fundamental, “o Estado moderno é inconcebível sem o capital, que é o seu real fundamento e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário” (ANTUNES, 2005, p. 121).

A manifestação recente da crise europeia com destaque para o que se processou recentemente com a Grécia é, segundo Chesnais (2013), uma das muitas manifestações no cenário atual do que ele denomina de “semiparalisia da economia capitalista” (CHESNAIS, 2012).

Diante da necessidade de superar a semiparalisia aludida por Chesnais - superar as barreiras criadas por suas próprias contradições - o capital tem que encontrar no Estado os elementos necessários para a continuidade de seus objetivos, ou seja, o processo de reprodução ampliada do valor demanda de níveis de intervenção por parte do Estado. Como exemplo do exposto pelo referido autor, podemos observar, na atualidade, as distintas formas de gestão privadas dos serviços públicos que vêm sendo comumente utilizadas a partir do momento em que foi possível “abrir ao capital os setores protegidos socialmente a fim de oferecer oportunidades de lucro” (CHESNAIS, 2013, p. 34).

Tal ofensiva burguesa frente à conjuntura de arrefecimento dos resultados econômicos impactou profundamente o denominado mundo do trabalho, que tem se caracterizado, segundo nos aponta Antunes (2005), por significativa diminuição do trabalho formal, estável e com direitos. Em contrapartida, instituem-se novas modalidades de consumo de força de trabalho, intensamente precarizadas num contexto de desregulamentação dos direitos sociais e do trabalho. Ainda segundo Antunes (2005), o trabalho instável e flexível já faz parte da cultura de toda uma geração, forjando uma nova morfologia do trabalho.

Observa-se, neste cenário, uma importante contradição presente no movimento tendencial de crescente produtividade do trabalho, desejável do ponto de vista abstrato porque expressa economia de trabalho, associado à diminuição, também em escala crescente, do elemento vivo na produção, ou seja, de força de trabalho. Uma das consequências deste movimento é expressa por Duayer (2010):

E as frações aumentadas da humanidade, tornadas supérfluas pela própria lógica de seu produto, ficam sem acesso ao produto, pura e simplesmente porque não o pro-

duziram e, dada a natureza da categoria valor, ou seja, da sociabilidade fundada no trabalho, ao ficarem sem trabalho são dessocializadas e, na sequência, desumanizadas. Sempre resta, é verdade, um resto de humanidade nos ainda não redundantes, de forma que os dessocializados e desumanizados podem contar com políticas compensatórias, uma filantropia aqui, uma inclusão social acolá (DUAYER, 2010, p. 13).

Ao deter-se sobre a contradição anteriormente expressa e sem reduzi-la unicamente a uma demanda por políticas sociais (necessárias no marco da sociedade capitalista), Duayer (2010) refuta o uso da teoria marxiana, enquanto crítica eminentemente ontológica, como teoria de gerenciamento do mundo constituído pelas estruturas capitalistas. O referido autor indica que o papel das ciências sociais não é o de fornecer elementos para a administração destas estruturas sociais, mas o de buscar “reconstruir o sistema de crenças em que outro mundo pode ser descortinado, concebido” (DUAYER, 2010, p. 13).

Apesar do exposto por Duayer (2010), acredita-se que as políticas sociais de enfoque universal possam desempenhar um papel econômico-social relevante no sentido de tentar garantir condições mínimas de vida a parcelas importantes da população trabalhadora. Não obstante, considera-se que a crítica a este sistema social não pode estar avalizada no apelo ao retorno do Estado de Bem-Estar Social como horizonte social ideal, como uma finalidade em si mesma. Neste ponto, concorda-se com o defendido por Duayer (2010) no sentido de que as ciências sociais, especialmente as de filiação teórica marxista, devem produzir estudos capazes de desnudar as contradições insolúveis da estrutura social capitalista, sem eximir-se da responsabilidade de gerar conhecimento social que propicie melhores condições de vida para os homens desse tempo histórico, sem que com isso a teoria que a subjaz seja reduzida à teoria de gerenciamento pragmático do existente, da vida social posta pelo capital.

O tema da crise e dos rebatimentos para o campo da política social tem sido extensivamente debatido por importantes pesquisadores (BEHRING, 2010; VIANNA, 2008; GRANEMANN, 2007) e não é nossa pretensão esgotá-lo neste curto espaço. Pretendemos apenas recuperar alguns elementos necessários para a compreensão da conjuntura atual.

Sabemos que o receituário neoliberal preconiza um conjunto mínimo e limitado de ações a serem realizadas pelo Estado no âmbito social, tendo como consequência, entre outras coisas, um esvaziamento dos mecanismos institucionalizados de proteção social e de seu conteúdo político (PEREIRA, 2001). Neste

cenário, as políticas sociais são conduzidas numa perspectiva de complementaridade ao que não se obtêm via acesso ao mercado.

Sendo assim, no contexto de crise econômica e de hegemonia neoliberal, as políticas sociais são conduzidas a partir de uma perspectiva político-ideológica de que os gastos sociais são uma das causas de um Estado inchado e dispendioso incapaz de fazer frente às demandas de estabilização econômica que, de acordo com a perspectiva liberal, promoveria o bem comum. De acordo com esta premissa, determinados gastos são considerados excessivos e nocivos, pois desmobilizariam as iniciativas dos indivíduos em se tornar cada vez mais produtivos e a redução do Estado é percebida como sinônimo de administração racional e eficiente.

Neste contexto de ofensiva neoliberal, as políticas sociais têm sido caracterizadas pela assistencialização, financeirização e focalização, “cujo significado parece ser o de administrar os efeitos do processo de desvalorização e superexploração do trabalho no capitalismo contemporâneo” (ALENCAR e GRANEMANN, 2009, p. 162).

Uma das manifestações da máxima neoliberal do Estado mínimo no campo das políticas sociais, em especial na política de saúde e saúde mental, têm sido as formas de privatização de serviços públicos através de estratégias jurídico-legais de terceirização, tais como organizações sociais, fundações estatais de direito privado e outras formas de precarização das relações e vínculos de trabalho.

Tornada fonte de interesse para os investimentos privados, o setor de saúde tem enfrentado os efeitos da contrarreforma por meio, principal, mas não exclusivamente, das formas de gestão sob a lógica privada². Este projeto se fortalece na medida em que dispõe de apoio de governos locais comprometidos com interesses particulares e privatistas, como é o caso do que vem ocorrendo no Estado do Rio de Janeiro especialmente a partir de 2007. Já na esfera municipal, temos como exemplos as distintas formas de precarização dos serviços públicos que vêm sendo levadas à cabo nos municípios do Rio de Janeiro e de Niterói.

Criadas em 1998 pela Lei n.º. 9637, as Organizações Sociais (OSs) vêm atuando mais diretamente na gestão de equipamentos de saúde também no município do Rio de Janeiro, a partir da sanção do decreto municipal n.º. 5026/09. Os estudos e pesquisas que se debruçam sobre a implantação desse processo na área da saúde indicam que estes modelos de gestão acarretam consequências importantes na prestação dos serviços sociais públicos, tais como: alta rotatividade de profissionais, flexibilização das relações trabalhistas, aumento da exploração da força de trabalho deste setor, favorecimentos políticos e financeiros diversos, descontinuidade das ações de cuidado em áreas específicas destinadas à população, entre outros (BRAVO *et al*, 2015).

Ademais, as OSs representam uma forma de administração da gestão e a responsabilidade com a realização dos investimentos e custeio permanece sob a gerência do Estado, sendo, portanto, sustentados com dinheiro público. Em estudo recente sobre essa realidade, Bravo e Andreazzi (2014) indicam haver, no âmbito da gestão por OSs, uma clara priorização de transferência de recursos do Estado para entes de direito privado, o que se constitui como verdadeira ameaça aos princípios de cidadania universal. Sobre a motivação deste tipo de gestão, Iamamoto alude que tais projetos:

não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores (2006, p. 31).

Apesar de se constituir ainda como uma questão polêmica que tem mobilizado diversos setores da sociedade a se organizar contra estes modelos de gestão questionando, inclusive, a sua constitucionalidade, no plano jurídico as formas de gestão privada de serviços públicos encontram sua base legal nas Leis nº 5164/07 e 6304/12, ambas do estado do Rio de Janeiro, além das Leis do município do Rio de Janeiro de nº 5026/06 e o decreto 30.780/09 e da Lei 2.884/11 do município de Niterói.

Resguardadas as diferenças históricas e específicas no processo de implementação das políticas públicas de cada localidade, a análise da realidade recente nas regiões citadas anteriormente, com ênfase na política de saúde e saúde mental, demonstra que o sucateamento dos serviços públicos é anterior à introdução oficial da gestão privada, indicando diretrizes político-ideológicas articuladas a um projeto privatista e conservador para o setor de saúde, conduzido tanto por governadores quanto por prefeitos ao longo dos últimos anos.

Cabe lembrar que do ponto de vista da gestão de recursos humanos, a precarização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas vinha em curso, sendo anterior à aprovação das referidas legislações³. Tal constatação não expressa nenhum tipo de contradição e tampouco infirma as críticas à institucionalização do modelo privatista. Não sendo esta uma análise descolada da realidade, a assertiva acima apenas chama atenção para o aprofundamento do processo de sucateamento, desmonte e privatização das políticas sociais que a adoção desse modelo promove. Modelo este alinhado a diretriz político-ideológica neoliberal, acaba por comprometer a característica da universalidade das políticas sociais antes mesmo que se tenha conseguido alcançá-la.

A título de ilustração, toma-se como exemplo o estado do Rio de Janeiro, onde o último concurso público para provimento de cargos efetivos no setor da saúde ocorreu em 2001. Desde então, o provimento de trabalhadores para essa área vinha ocorrendo por meio de seleções simplificadas com celebração de contrato de trabalho temporário, cujo conteúdo não poderia expressar melhor a lógica de precarização do trabalho e flexibilização dos direitos perpetrada pelo próprio estado⁴.

Outra ilustração pode ser vislumbrada tomando como exemplo a cidade de Niterói, onde os trabalhadores que atuam na política de saúde e saúde mental vêm experimentando, ao longo dos últimos anos, formas cada vez mais intensas de precarização e flexibilização dos seus direitos. A responsabilidade da administração e execução da política de saúde no município é da Fundação Municipal de Saúde, uma fundação de direito público criada pela Lei municipal nº 718/88. A fundação é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e deveria, por força da referida Lei, ter seu quadro de pessoal regido pelo Estatuto de Funcionários Públicos Municipais admitidos através da realização de concurso público. No entanto, uma das formas de contratação mais comum no município tem sido até o ano em curso, o sistema de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Cabe lembrar que apesar do preceito constitucional exigir a realização de concurso público para provimento de funcionário de carreira no serviço público, a emenda constitucional nº 19/1998 previu a contratação de pessoal por regimes distintos (estatutários e CLT) pelo mesmo ente federativo.

A análise da realidade em curso indica um processo cuja principal tendência é a de privatização da política de saúde, que vem se dando nas localidades mencionadas por este artigo através da apropriação do fundo público por entes privados, com a atuação de novos agentes no processo de contrarreforma na política de saúde. Ademais, segundo dados dos relatórios do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCM/RJ – fev./2010 a jun./2011) analisados por pesquisa recente (Bravo et al, 2015), a propalada gestão privada dos serviços públicos tem se mostrado ineficiente e incapaz de atingir os indicadores de qualidade existentes.

A conjuntura atual é de significativas dificuldades de universalização das políticas sociais, fazendo emergir inúmeros desafios e a necessidade de lutas sociais e organização de estratégias para enfrentar as tendências de focalização, fragmentação e privatização que reverberam no conjunto de políticas sociais, incluindo a política de saúde mental, alvo de análise específica no próximo item.

Crise contemporânea, gestão da saúde e os impactos na política pública de saúde mental, crack, álcool e outras drogas

A reforma psiquiátrica tem início no Brasil entre os anos 1970 e 1980 no contexto de redemocratização do cenário sociopolítico, vinculado ao movimento de crítica ao sistema nacional de saúde e subsistema de saúde mental.

Nos anos 1990, as diretrizes da reforma psiquiátrica são incorporadas, constituindo-se como política oficial de governo, expressa na atual política nacional de saúde mental, crack, álcool e outras drogas.

No entanto, a reforma psiquiátrica não se define exclusivamente pela reestruturação da assistência. Esta é tão somente uma de suas dimensões. Ela, a reforma, deve ser entendida como um processo social complexo (AMARANTE, 2003; ROTELLI, 2001) que se caracteriza pela busca da transformação da própria relação social com a loucura, com o sofrimento humano que foi enquadrado como objeto de intervenção num campo de saber específico, a psiquiatria. Essa é uma ruptura fundamental que a reforma psiquiátrica opera e se constitui, ao mesmo tempo, como o seu principal desafio: a superação da noção do “objeto doença mental” (BASAGLIA, 2005; ROTELLI, 2001; AMARANTE, 1994). E ainda:

A reforma psiquiátrica não é simplesmente uma reforma de serviços psiquiátricos, uma reforma da assistência psiquiátrica e, muito menos, não é reforma administrativa, funcional, organizacional, nem tampouco reestruturação da assistência psiquiátrica como pretendia a Declaração de Caracas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com isso, não queremos, em hipótese alguma, dizer que não seja absolutamente necessária uma reforma radical do modelo de assistência psiquiátrica, mas como desdobramento e consequência de uma concepção muito mais ampla de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2008, p. 67).

Não é possível aqui resgatar todas as mediações necessárias a esse debate para evitar uma compreensão simplista na análise histórica da psiquiatria e sua relação com a loucura. No entanto, acreditamos que para além das análises que enfatizam a hierarquização das relações no campo da psiquiatria, é preciso levar em conta as consequências das condições estruturais em termos de desigualdade sociais, pobreza, violência, dificuldade de acesso a direitos básicos, entre outros aspectos na articulação do contexto sócio-histórico de cada localidade (VASCONCELOS, 2010).

Assim, é fundamental que as análises no campo da saúde mental também levem em conta questões consideradas macrosociais, tais como a formação do

Estado e da constituição dos direitos de cidadania no Brasil, tanto quanto realizem análises de conjuntura econômica, na tentativa de identificar as transformações no mundo do trabalho e as repercussões desse cenário para o âmbito dos direitos sociais e seus efeitos, no que se denomina como microcosmo da atuação profissional no campo da saúde mental.

À luz do debate da reforma, acredita-se que a luta pela cidadania, tão presente no movimento de reforma italiano e brasileiro, deve ter como horizonte, para além da restrita cidadania burguesa, o resgate da condição humana subtraída dos sujeitos pela existência do manicômio e da lógica societal que o legitimou.

A discussão sobre a cidadania no campo da saúde mental passa pelo reconhecimento dos limites incrustados no nosso aparato jurídico-legal, que vem sofrendo paulatinas alterações. Analisar esta questão sob a perspectiva da totalidade supõe, entre outras coisas, entender que a reforma psiquiátrica não se limita à reorganização da assistência em saúde das pessoas com transtorno mental. Envolve, como destaca Amarante (2003), as dimensões epistêmicas, culturais e a jurídico-legal, além, necessariamente, da dimensão econômica.

Para que esse processo de transformação pretendido pela reforma psiquiátrica se realize, é preciso construir outras ideias acerca do que é a loucura. Este é um ponto fulcral para que se estabeleça outro lugar social, ou seja, para que a loucura possa ocupar o espaço social fora da insígnia negativa que os atributos da doença conferiram. Acreditamos que somente a partir da constituição de uma nova percepção sobre a questão da loucura será possível realizar uma ocupação distinta dos espaços sociais, sejam eles destinados ao lazer, ao cuidado com a saúde em geral, à formação (educação formal) ou à produção (trabalho).

Ademais, articular as discussões entre a conjuntura macroscópica e o microcosmo da atuação em saúde mental é uma necessidade que assume cada vez mais importância na medida em que se reconhece que a maior parte dos usuários dos serviços de saúde mental do SUS pertence à classe trabalhadora. Esse reconhecimento do recorte de classe, embora fosse recorrente nas análises basaglianas que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira, quase não é mencionado nas reflexões brasileiras que se destinam a discutir e a estudar o campo da saúde mental.

Em relação à implementação da reforma psiquiátrica, é preciso destacar que ela não é um processo homogêneo e que sofre mudanças nas diferentes regiões onde é implementada. A esse respeito, Vasconcelos (2010) observa que mesmo nos países europeus onde foi colocada em prática, a reforma psiquiátrica vem sendo francamente desmontada. À indicação do referido autor

acrescenta-se que, por outro lado, governos neoliberais estão incentivando a implementação da reforma psiquiátrica, se apropriando das suas propostas mais fundamentais e transformando seu sentido ao adotá-la como mecanismo para redução de gastos em saúde mental. Tomada pela ótica neoliberal, implementa-se tão somente um processo de desospitalização, como o que vem se processando em Portugal⁵.

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira é a desinstitucionalização⁶, que se difere da desospitalização, uma vez que esta se limita tão somente à retirada dos pacientes das instituições psiquiátricas para proceder ao seu fechamento. Do ponto de vista da assistência e da produção de cuidado, para que a desinstitucionalização se efetive é necessária a criação de uma rede de atenção psicossocial que garanta a integralidade de cuidados para as demandas das pessoas. Desta forma, concordamos com a tese de Scull (1977), que consiste em afirmar que a reforma psiquiátrica depende de investimentos sólidos e constantes por parte do Estado, o que remete o autor a indicar que, neste sistema societário, a plena realização da reforma psiquiátrica é incompatível com um Estado mínimo, uma vez que a realização de seus objetivos depende de investimentos (gastos sociais) que os Estados de viés neoliberal não se dispõem a fazer.

A despeito das indicações acima e sem infirmar necessariamente a tese de Scull (1977), é preciso registrar que ocorreu no Brasil, durante o primeiro decênio dos anos 2000, um expressivo aumento da rede de serviços substitutivos em saúde mental que não pode ser ignorado. O crescimento registrado no período compreendido entre 2002 e 2011 tem relação, por um lado, com a inversão de destinação de recursos que antes eram destinados à manutenção de instituições psiquiátricas tradicionais, mas não se limita a essa inversão, demonstrando que houve, por parte do governo, um investimento significativo na ampliação da rede de atenção psicossocial.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que houve no período citado uma redução de 40% dos leitos psiquiátricos e um aumento de 400% de serviços substitutivos, mas especificamente Centros de Atenção Psicossocial (Caps I e II) no país. Não obstante, esta ampliação expressiva não ocorreu em relação aos Caps do tipo III, que se caracterizam por funcionar 24h por dia, 7 dias por semana, sendo fundamentais na atenção à crise em saúde mental e somavam apenas 63 até o final de 2011. Esta é uma das lacunas do processo de implementação, que se não for revista e perdurar por longo período, tende a ocasionar debilidades ao projeto de atenção psicossocial no país.

Esse baixo investimento na criação de Caps III expressa o que Vasconcelos (2010) denomina como “vazio de atenção à crise” no campo da saúde mental. Uma hipótese para esse vazio aludida por Vasconcelos é a de que diante da necessidade e urgência em se avançar nos objetivos da reforma psiquiátrica, foram fechados leitos de internação sem que se tivesse preparado a retaguarda de atenção integral à crise, ou seja, sem que fossem criados leitos suficientes compatíveis com o novo modelo de assistência à saúde mental (Caps III e leitos psiquiátricos em hospitais gerais).

Sendo assim, os desafios com os quais a reforma psiquiátrica se depara guardam relação, por um lado, com questões específicas das práticas de atenção e cuidado em saúde mental, e por outro, com determinações estruturais e conjunturais que atingem o conjunto de políticas sociais.

No campo da saúde mental podemos destacar alguns pontos que temos observado, intimamente conectados entre si, que expressam as consequências da conjuntura atual e da adoção de um determinado projeto de saúde e que podem, no limite, comprometer a continuidade dos serviços prestados à luz do projeto de reforma psiquiátrica:

- Precarização dos vínculos e relações de trabalho com consequente aumento do nível de exploração e alta rotatividade de trabalhadores

Um dos resultados da precarização das relações de trabalho e do próprio trabalho no campo da saúde mental pode se expressar na alta rotatividade de trabalhadores dos serviços que compõe a rede de atenção psicossocial nos últimos anos.

Tanto no município do Rio de Janeiro quanto em Niterói, identificamos formas de contratação híbridas, que incluem vínculo estatutário, CLT e RPA. Não é raro que alguns trabalhadores esteja há anos na condição de RPA, sem terem garantidos seus direitos do trabalho. Soma-se a isso a total incerteza quanto ao futuro uma vez que se trata de um tipo de prestação de serviço que não estabelece vínculo empregatício.

No caso dos processos simplificados, o contrato se estabelece de maneira temporária e não contribui para o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o campo e dos usuários com estes profissionais, que tendem a se alterar com periodicidade.

Do ponto de vista burocrático da administração, esta rotatividade seria apenas um detalhe de gestão. No entanto, o trabalho na atenção psicossocial, como em qualquer outra área, possui especificidades. A constituição do vínculo é uma delas. Na verdade, é considerada condição para a realização do trabalho. A rotatividade de profissionais, neste particular, não é apenas uma questão administrativa.

Elas põe em risco a possibilidade de continuidade do tratamento de inúmeros usuários, especialmente dos casos considerados graves.

- Burocratização dos serviços de saúde mental

Com a entrada das Organizações Sociais na gestão dos serviços de saúde e saúde mental no município do Rio de Janeiro, houve, em algumas unidades, a introdução de metas para os profissionais que na prática, ao invés de servirem como incentivo e forma de acompanhamento do trabalho realizado pela equipe (argumento presente no discurso oficial da gestão), acabou por engessar as possibilidades de realização do trabalho.

Como é possível quantificar as ações em saúde e saúde mental (que são, em última instância, ações de cuidado)? Como mensurá-las? Como fazer comparação entre os atendimentos de distintos profissionais, ainda que estes tenham, como no caso do trabalho interdisciplinar em saúde mental, o mesmo objetivo de trabalho? Se os profissionais precisam atingir metas (“produzir”), pode haver um desencorajamento, ainda que implícito, de se investir em determinadas ações de cuidado que tomam mais tempo do que outras, como a realização de atendimentos domiciliares, por vezes tão necessários.

Nesse contexto, observa-se uma tendência à hierarquização das ações profissionais que tende a reverberar na interação entre as profissões.

Outra tendência que se observa é a focalização das ações, com o risco de se concentrar esforços em determinadas ações que expressam a famigerada produtividade, mas não necessariamente atendem as reais demandas da população usuária. A esse respeito, cabe recuperar o ensinamento de Rotelli quando este indica que:

não podemos responder à doença se não respondemos às necessidades da pessoa que está diante de nós. Não posso responder às necessidades de uma pessoa interrogando-a [...] não posso responder às necessidades de uma pessoa se não conheço essas necessidades (2008, p. 30-40).

A premissa do trabalho em saúde mental é a responsabilização pelo cuidado, ou seja, responsabilizar-se pelas ações de saúde mental em um determinado território. Todavia, para além das ações específicas de saúde mental que devem se ocupar de tudo aquilo que se construiu em torno da doença, “faz-se necessário promover mudanças em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar

de modo integral pela saúde das pessoas, como princípio ético-político de garantia dos seus direitos de cidadania” (DUARTE; PASSOS; GOMES, 2015, p. 3).

- Impactos na formação de novos profissionais para atuar na saúde mental

Esta é uma questão que tem se observado especialmente no município de Niterói a partir do trabalho de extensão que é realizado com a rede de saúde mental envolvendo estagiários do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, mas que certamente ultrapassa esse patamar da formação.

A precarização das relações de trabalho e dos serviços de saúde mental, ainda que temporariamente, somados ao cenário de rotatividade dos profissionais, tem reverberado no processo de formação. Do ponto de vista do estágio em serviço social, sustentamos que não existem espaços de trabalho ideal e que determinadas dificuldades fazem parte do cotidiano de trabalho nas políticas sociais (desde que respeitados os princípios e diretrizes ético-políticos preconizados para a formação).

Todavia, temos observado uma baixa adesão dos estagiários ao campo neste contexto de reorganização da rede de saúde mental no município, se comparado a períodos anteriores, em que a precarização já estava em curso, mas a crise propriamente dita não estava estabelecida.

A supervisão acadêmica e do acompanhamento do estágio através da extensão nos permite um contato privilegiado com a realidade por meio da ótica do estagiário. Algumas das problematizações realizadas pelos alunos dizem respeito às dificuldades dos serviços atenderem, neste contexto, as reais necessidades de cuidado no processo de tratamento das pessoas com transtorno mental. Do ponto de vista da formação, esta realidade de desassistência pode promover apatia e descrédito, por um lado, ou um estímulo no engajamento desses profissionais e estudantes à luta pela continuidade do processo de reforma psiquiátrica. Todavia, acreditamos que a intensa precarização do trabalho pode se tornar um óbice a essa luta.

- Penalização da população usuária

O atual cenário apresenta desafios importantes para a saúde mental e para os movimentos sociais que militam nesse campo. No momento, a realidade que se impõe chama atenção para um processo cuja principal consequência é a baixa qualidade dos serviços e impacto na produção de cuidado. Isso pode culminar com um desmonte da política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas em determinadas localidades.

Como desdobramento deste cenário negativo, pode ocorrer a agudização dos quadros mais graves pelo processo de desassistência, em virtude não apenas da interrupção do acompanhamento por conta da rotatividade de trabalhadores (como indicado anteriormente, o tratamento em saúde mental se sustenta a partir da constituição de um vínculo, o que não se dá de forma automática com a substituição de profissionais), mas também da ausência de determinadas medicações e outros recursos para a realização do trabalho. A diminuição do suporte às famílias e a dificuldade de atendimento a demandas mais específicas são outros impactos nocivos desse contexto na condução do trabalho no campo da saúde mental, crack, álcool e outras drogas.

Consideramos que as ações em saúde devam incluir, necessariamente, ações dirigidas aos familiares enquanto agentes de cuidado fundamentais. Em consonância com os pressupostos da reforma psiquiátrica, usuários, familiares e trabalhadores se constituem como “sujeitos coletivos conscientes e ativos” (AMARANTE, 2008) desse processo de transformação, como indica Amarante:

A reforma psiquiátrica, numa compreensão gramsciana, é um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos [...] Por isso nosso investimento no surgimento de outros agentes sociais: os usuários, os familiares, os trabalhadores não reduzidos a técnicos, mas sujeitos (2008, p. 75).

Contar com a ação destes sujeitos supõe uma mudança nas relações que se estabeleceram historicamente no campo da psiquiatria. Demanda ainda o reconhecimento dos riscos mais presentes neste campo, como indica Vasconcelos (2010): o fatalismo, que pode levar à desmobilização, e o voluntarismo. Ambos carecem de análise de conjuntura, um dos principais desafios no campo da saúde mental no Brasil.

Para o referido autor, o voluntarismo é um traço constitutivo do movimento social da luta antimanicomial no país. Inferimos que essa pode ser uma herança deturpada da tradição basagliana, qual seja, o engajamento da prática como condição exclusiva para o trabalho. Acreditamos ser necessário priorizar a práxis no lugar de uma mal interpretada “primazia da prática”, tal como indicado por Franco Basaglia. A prática a qual Basaglia se refere deve ser fecundada pela teoria para não se esvaziar numa prática incapaz de realizar as transforma-

ções necessárias. Quanto a isso, Passos (2009), ao relatar a conjuntura recente da reforma psiquiátrica na Itália, indica a recorrência de situações que expressam essa equivocada apreensão da “primazia da prática”, à qual se fez menção. Um efeito importante desse movimento, segundo a referida autora, tem sido a significativa redução de investigações teóricas dessa realidade.

A palavra-chave da reforma italiana é a responsabilidade pelo cuidado. No entanto, essa premissa é incompatível com uma realidade de enxugamento dos quadros técnicos e expansão de outras modalidades de vínculos, que vão desde sócios das cooperativas até inúmeros voluntários (PASSOS, 2009).

Destaca-se que a proposta triestina original, quanto ao recebimento de voluntários, em nada se relacionava com as políticas de corte neoliberal e com o sistema de reestruturação produtiva e suas premissas para as relações de trabalho. A ideia dos voluntários diz respeito à possibilidade de troca cultural intensa com as pessoas que estavam em processo de desinstitucionalização e, ao mesmo tempo, de que os voluntários de outras localidades pudessem contribuir com os processos de reforma psiquiátrica em seus locais de origem após o seu retorno.

Dado o cenário de Estado de viés neoliberal percebemos que estas propostas, cuja origem se baseia em fundamentos técnico e político crítico, são capturadas e utilizadas em favor dos interesses privatistas hegemônicos num contexto de retração das ações socioassistenciais do Estado, ou seja, em tempos de políticas sociais de viés neoliberal, as ideias originais da reforma psiquiátrica têm sido transfiguradas e simplificadas nesse sistema social que realiza um movimento constante de invenção e captura em prol de seus próprios interesses.

Considerações finais

É possível capturar na realidade as tendências nucleares do atual estágio do desenvolvimento capitalista no que se refere ao trabalho e à sua precarização, que pode se expressar de formas muito distintas, dentre as quais as formas de gestão de serviços públicos via lógica da iniciativa privada.

Resistir a esse processo articulando os movimentos sociais e criando estratégias de luta é fundamental. Todavia, o processo de intensa precarização do trabalho e das condições de vida dos trabalhadores pode, antes de organizá-los, dissuadi-los, porque, entre outras coisas, eles se encontram compelidos pela imediatividade de sua sobrevivência material.

Especificamente no campo da saúde mental, a realidade atual impinge inúmeros desafios, muitos dos quais comuns às demais políticas sociais. Neste cenário

de incertezas, onde nada está garantido e as mais importantes conquistas sociais encontram-se ameaçadas, é que devemos nos mover criando resistência ao processo de precarização, privatização e focalização das políticas sociais em curso, dotados de paciência histórica (VASCONCELOS, 2012) e de postura ético-política que ultrapasse as perspectivas mais imediatas de ação.

As últimas décadas têm demonstrado a capacidade de assimilação, por parte do projeto de expansão do capital, das demandas do campo da saúde mental. Sendo assim, é interessante que estudos futuros sobre essa temática possam ter como referência verdades histórico-sociais a partir das quais estabeleçam os horizontes de onde se quer chegar.

Acredita-se que, na ausência destas referências, ou seja, de convicções universalmente partilhadas, as lutas sociais tendem a se limitar à dimensão do cotidiano, com importantes repercussões para os sujeitos, mas que, no limite, não realizam transformações significativas no modo de vida e nas relações sociais.

Referências

- ALENCAR, M; GRANEMANN, S. *Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional*. Rev. Katál. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul./dez. 2009.
- AMARANTE, P. *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003.
- _____. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fiocruz, 2008.
- _____. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- ANDREAZZI, M; Bravo, M. *Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde*. Trab. Educ. Saúde. Rio De Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- ANTUNES, R. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- BASAGLIA, F. et al; AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEHRING, E. *Política Social no contexto da crise capitalista*. CFESS - Curso de especialização em serviço social, direitos e competências. Brasília, 2010.
- BRAVO, M (org). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírius, 2015.

CHESNAIS, F. *As raízes da crise econômica mundial*. Revista Em Pauta. Rio de Janeiro, v. 11, n° 31, 1. sem. 2013.

_____. *La lucha de clases en Europa y las raíces de la crisis económica mundial*. 2012. Disponível em: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-lucha-de-clases-en-europa-y-las-races-de-la-cri-sis-econmica-mundial> acesso em: 20 set. 2015.

DUARTE, M; PASSOS, R; GOMES, T. *Política pública de saúde mental hoje: análises e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado*. Anais do 3° Encontro Internacional de Política social e 10° Encontro Nacional de Política Social. Espírito Santo, 2015.

DUAYER, M. *Relativismo, certeza e conformismo: para uma crítica das filosofias da perenidade do capital*. Revista Soc. Bras. Economia Política. São Paulo, n. 27, p. 58-83, out. 2010.

GRANEMANN, Sara. *Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho*. Revista Em Pauta. Rio de Janeiro, n. 20, p. 57-68, 2007.

IAMAMOTO, Marilda V. *As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo*. MOTA, Ana E. M. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação trabalho profissional*. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, p. 1-37, 2006.

IASI, M. *O dilema de Hamlet: o ser e o não ser da consciência*. São Paulo: Viramundo, 2002.

MOTTA, E. A. *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira dos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 2000.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Campinas: Editora Unicamp; São Paulo: Boitempo editorial, 2003.

PASSOS, I. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, P. *Questão social, serviço social e direitos de cidadania*. Revista Temporalis. Ano 2, n. 3. Brasília: ABEPSS, p. 51-62, 2001..

PINTO, G. *A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo*. São Paulo, expressão popular, 2007.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

_____. *Formação e construção e novas instituições em saúde mental*. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fiocruz, 2008.

SCULL, A. *Decarceration: community treatment and the deviant – a radical view*. New Jersey: A spectrum book, 1977.

VASCONCELOS, E. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec editora, 2010.

_____. *Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação*. Revista O Social em Questão. Ano 15, n° 28, 2012.

_____. *Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política!* Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012b.

VIANNA, M.L.W. *A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?* Revista Praia Vermelha. Política Social e Serviço Social: elementos históricos e debate atual. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, n° 18, 1. sem. 2008.

Notas

- 1 Doutora em serviço social e mestre em política social. Professora adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Endereço de correspondência: Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis, Bl. E, Campus Universitário do Gragoatá. São Domingos. Email: tathianagomes@yahoo.com.br
- 2 A esse respeito, sugere-se leitura de Andriazzi e Bravo (2014).
- 3 Aqui fazemos referência à gestão no governo do Estado do Rio de Janeiro e no município de Niterói.
- 4 Era vedado ao funcionário, por exemplo, o afastamento ainda que por questões de saúde por prazo superior a 15 (quinze) dias.
- 5 Diferente do que ocorreu no Brasil, em que os movimentos sociais levaram a cabo o processo de reforma psiquiátrica, Portugal iniciou sua reforma psiquiátrica muito recentemente, através de um movimento encaminhado pelo legislativo do país diante de uma conjuntura de crise econômica de proporções continentais. O plano de ação (2007-2016) que implementaria a reforma psiquiátrica em Portugal previa a realização da desinstitucionalização. No entanto, até o presente momento, somente se procedeu ao fechamento de hospitais psiquiátricos. Para se ter uma ideia de como o processo de contrarreforma atinge a política de saúde pública do país, basta lembrar que atualmente foi instituída a co-participação dos pacientes para terem acesso às medicações fornecidas pelo sistema nacional de saúde português.
- 6 Sobre isso, sugerimos leitura de Barros (1990).

Artigo recebido para publicação em julho de 2015 e aprovado para publicação em setembro de 2015.