



Gestão, Neofascistização E Saúde Mental: Um Relato De Experiência Em Um CAPS AD Da Cidade De São Paulo

Management, Neofascistization And Mental Health: An Experience Report In A CAPS AD
In The City Of São Paulo

Gestión, Neofascistización Y Salud Mental: Relato De Experiencia En Un CAPS AD De La Ciudad
De São Paulo

Fernanda Gomes Torres da Silva

Leonardo Carnut

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar o processo de neofascistização das ações de gestão dentro de uma instituição de saúde mental, quais suas implicações e como pôde ser enfrentado. A análise será feita a partir da experiência de uma trabalhadora de saúde mental de um CAPS AD da cidade de São Paulo, considerando os conceitos de crise capitalista, gerencialismo e neofascismo. Para tanto, discorreremos esta experiência em um formato de ensaio, em livre associação com as memórias da autora sob sua prática experiencial identificando a materialização do processo de fascistização da política de saúde mental neste nível local sob análise. Ao fim, breves considerações foram feitas sobre a luta pela melhoria da política de saúde mental por dentro do Estado deixando uma questão aos movimentos sociais - como lutar por uma saúde coletiva que não se conforme à essa forma-Estado?

Palavras-chave: CAPS AD; Neofascismo; Saúde Pública; gerencialismo; Estado.

Abstract

The objective of this article is to analyze the process of neofascistization of management actions within a mental health institution, its implications and how it could be addressed. The analysis will be based on the experience of a mental health worker at a CAPS AD in the city of São Paulo, considering the concepts of capitalist crisis, managerialism and neofascism. To this end, we discuss this experience in an essay format, in free association with the author's memories of her experiential practice, identifying the materialization of the process of fascistization of mental health policy at this local level under analysis. At the end, brief considerations were made about the struggle for the improvement of mental health policy

within the State leaving a question for social movements - how to fight for collective health that does not conform to this State form?

Keywords: CAPS AD; Neofascism; Public Health; Managerialism; State.

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar el proceso de neofascistización de las acciones de gestión dentro de una institución de salud mental, cuáles son sus implicaciones y cómo se podría afrontar. El análisis se basará en la experiencia de un trabajador de salud mental de un CAPS AD de la ciudad de São Paulo, considerando los conceptos de crisis capitalista, gerencialismo y neofascismo. Para ello, discutimos esta experiencia en formato de ensayo, en libre asociación con los recuerdos de la autora sobre su práctica experiencial, identificando la materialización del proceso de fascistización de la política de salud mental en este nivel local bajo análisis. Al final se hicieron breves consideraciones sobre la lucha por mejorar la política de salud mental dentro del Estado dejando una pregunta para los movimientos sociales: ¿cómo luchar por una salud colectiva que no se ajuste a esta forma de Estado?

Palabras clave: CAPS AD; Neofascismo; Salud pública; gerencialismo; Estado.

Introdução

A educação de profissionais de saúde carece de ir além das competências e tecnicismo para constituir uma leitura crítica do trabalho. Segundo Siqueira-Batista *et al.* (2013), o ensino de saúde da maneira como acontece, favorece a concepção de um SUS operacional associado a uma lógica de produção em quantidade. Como exemplo, temos a portaria das metas 333/2022, implementada na cidade de São Paulo, que considera apenas a produção quantitativa dissociada da produção qualitativa. Dessa forma, os trabalhadores, cada vez mais

especializados, respondem às demandas da lógica da mercantilização organizados pela administração gerencialista.

Uma saída possível, para o autor, seria a alteração na formação dos profissionais para que construíssem uma leitura e uma prática crítica, comprometida com o cuidado em saúde dos usuários e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Contudo, diante da realidade voltada para um SUS operacional, há a necessidade de trabalhos acadêmicos associados à práxis dos profissionais a fim de dar nome e sentido à materialidade do trabalho. Por isso, a importância de trazer este relato de experiência sobre o trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial

Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, que fornece exemplos do cotidiano durante os quatro anos trabalhados no equipamento demonstrando a necessidade da organização dos trabalhadores para o enfrentamento dessa realidade. Dessa forma, os exemplos ilustram como o neofascismo atravessa as ferramentas gerencialistas de gestão impedindo o cuidado em saúde. Essa análise se realizará por um viés marxista e através de uma breve contextualização da saúde mental, conciliando o período de crise do capitalismo, a forma-Estado e o gerencialismo da administração pública e seus aspectos neofascistizantes na primeira parte. Na segunda parte será apresentado um breve histórico da construção do dispositivo do CAPS e como o processo no qual a ausência de uma formação crítica, somada ao período de avanço de um capitalismo tardio, implicam diversos percalços tanto para profissionais quanto para os usuários do sistema.

Crise, Gerencialismo e Neofascismo

Segundo Mendes e Carnut (2018) existe uma tentativa de recuperação das economias capitalistas que dura cerca de 10 anos após o período da grande recessão de

2008, e o Brasil não está isento disso. Neste caso, há uma grande queda da taxa de lucro nos períodos de 2003 a 2014 e, entre 2015 e 2016 há um acúmulo de 7,5% do Produto Interno Bruto, indicando um forte declínio de 9,2%, em sua renda per capita. Para os mesmos autores, em uma visão marxista, essa é uma tendência das economias capitalistas que ocorre desde o período do pós-guerra, visão esta que pode ser encontrada no terceiro volume de *O Capital*. Assim, durante a queda da taxa de lucro observa-se uma crise de superacumulação explicada pela ausência de lucros ao invés da insuficiência da demanda efetiva. Isto é, a acumulação prolongada de capital, com introdução de progresso técnico, remete ao aumento relativo de parte do capital investido em meios de produção – como máquinas, equipamentos e matéria prima (capital constante) – e à diminuição da parte do capital investido em força de trabalho (capital variável), elevando a composição orgânica do capital (2018, p. 1108). Logo, devido à relação entre lucro e força de trabalho, a taxa de exploração se mantém constante e a taxa de lucro sofre queda. A única saída para esse período que se opõe à superacumulação seria a desvalorização do capital ao aumentar a taxa de lucro e diminuir a sua quantidade através, por

exemplo, da luta de classes. Essa forma-mercantilização das relações são apenas uma das formas que o Estado garante nas relações sociais capitalistas. E o que seria essa forma?

Para compreender como o Estado se organiza em sua forma também política e ideológica (Hirsch, 2017), devemos trazer à tona o debate da derivação do Estado, iniciado na década de 70, que difere de uma visão instrumentalista do Estado. O Estado e o capital possuem uma relação orgânica, dado que a dinâmica capitalista é que funda a forma-Estado (Bonnet, 2016). Assim, novamente em Marx (1867/2013), às relações sociais no sistema capitalista são derivadas da forma-mercadoria, forma-jurídica e forma-Estado, bem como os problemas que derivam desse tipo de sociabilidade, dificilmente serão resolvidos pelo Estado, pelo contrário, é ele que garantirá os instrumentos que precarizam as condições de trabalho, dada a sua forma.

Como exemplo da manutenção desse cenário, podemos pensar no modo como o Estado tem realizado concessões à iniciativa privada no SUS (Mendes & Carnut, 2018) a partir das elevadas transferências de recursos às Organizações Sociais de Saúde (OSS), às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

(OSCIP), à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dentre outros, sob o argumento de melhoria do serviço prestado e de diminuição dos gastos públicos. Até o momento, percebe-se o quão falacioso é esse argumento, considerando o aumento de gastos tributários após a PEC 95, que congela os gastos públicos por 20 anos. Tais medidas estão imbricadas tanto com a forma das relações sociais capitalistas quanto com sua administração.

Historicamente, segundo Narvai e Carnut (2016), o Estado brasileiro apresentou 3 modelos de administração pública: patrimonialista, burocrática e gerencialista. Enquanto o primeiro perdurou até a revolução de 1930, o segundo permaneceu até a reforma gerencial que ocorreu em 1995. Ribas & de Meza (2018) esclareceram que atualmente o que ocorre é uma mescla entre modelos, pois são possíveis de visualizar atualmente. Como características principais da administração gerencial destaca-se: (1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos e regionais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em

gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos, em vez de piramidal; (4) controle por resultados, *a posteriori*, em vez do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos. Esses aspectos podem ser visualizados, desde a reforma administrativa do governo Temer até a extinção de ministérios do governo Bolsonaro, associados à revogação de inúmeras portarias da saúde, principalmente da saúde mental (Carvalho, 2018), tais como: Portaria GM/MS nº 3088 (2011), que institui “[...] a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;

Arts. 1º a 6º e 9º da Portaria GM/MS nº 336 (2002), que dispõe “[...] sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS”;

XXXVII – Arts. 1º a 11º da Portaria GM/MS nº 130, que redefine “[...] o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros”;

a Portaria GM/MS nº 2391 (2002), que regulamenta “[...] o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV), de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de

2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS”;

e a Portaria GM/MS nº 678 (2006), que “[...] institui a estratégia nacional de avaliação, monitoramento, supervisão e apoio técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.”

Essas portarias não estariam vigentes, contudo, segundo o Ministério da Saúde na época, fizeram portarias de consolidação que abrangiam as mesmas. Na prática, avistou-se o desmonte dos serviços, diminuição das verbas, e, no caso da saúde mental, o retorno de práticas manicomiais e o fortalecimento das comunidades terapêuticas.

Dentro do gerencialismo, também se destacam 4 metas organizacionais, dentre elas: estabelecer e medir parâmetros; compará-los e determinar desvios; e, por fim, tomar medidas corretivas – na maior parte das vezes, nos comportamentos dos indivíduos. Essas metas revelam a maneira com que o Estado e sua relação com o capital estão relacionados. Assim, é exigido de forma meritocrática que os trabalhadores deem seu máximo, suprimindo a defasagem. Portanto, como garantir que o capitalista aumente a produção e ainda evite

gastos com pessoal para supervisão do trabalho (controle externo)?

A produção do trabalho sob o desempenho exigido pelo gerencialismo, pode fazer com que o trabalhador se aliene no trabalho concreto na prática dos serviços de saúde. Esse ciclo gera como consequência a perda do sentido do trabalho, tentando transformar os números que quantificam esse processo como sinônimo de excelência, assim, o gerencialismo passa a ser cada vez mais perverso para o trabalhador. Segundo Porto e Carnut (2020), a partir de uma revisão integrativa, identificou-se que o controle por desempenho possui indicadores frágeis, pois no momento em que são realizados, perde-se o foco no usuário e o cuidado de forma longitudinal, deixando de evitar a morbimortalidade. No caso do SUS o que vemos é a ausência de se trabalhar a prevenção do cuidado, lidando apenas com as crises, seja na Atenção Básica, seja na Saúde Mental. Portanto, além de fragmentar o cuidado em saúde, prejudicando o usuário, retira o sentido do processo para o trabalhador, devido à ênfase nos números gerados por esse modelo associado intrinsecamente ao neoliberalismo. E o neofascismo? Ele adentra justamente através desse momento

de avanço do capitalismo que o trabalho passa a ser prioridade para aumentar os níveis de produção e de lucro com um número reduzido de recursos, principalmente recursos humanos.

Sob a perspectiva marxista, o fascismo é uma forma política do regime do estado capitalista (Carnut, 2022; Boito Júnior, 2021), que está relacionado ao movimento da burguesia de avanço do capital, diante da crise do estado capitalista. Assim, todo o movimento de crise descrito anteriormente está relacionado a essa dinâmica que mobiliza as massas fragmentadas, dada a crise que as atravessam. Portanto, não há fascismo sem movimento popular que, com esse apoio, tenta enfraquecer a democracia e os aparatos jurídicos através da ideologia, de modo que assim o próprio capitalismo e a exploração e manutenção burguesa permaneçam intactos. Necessário destacar que o fascismo e o neofascismo apresentam um contexto importante para além dos seus líderes. Por isso, alguns autores (Carnut, 2022; Boito Júnior, 2020; Fontes, 2019) indicam que se vive hoje o momento neofascista do neoliberalismo, sendo, portanto, produto da crise econômica e como possível solução para ela para a continuidade da manutenção dos interesses

da elite. Assim, por exemplo, nos países europeus moveu-se uma luta contra o estado de bem estar social, diferente do Brasil. Segundo Carnut (2022), a América Latina assume um lugar autodestrutivo devido à superexploração da força de trabalho, da periferia para o centro. Essa superexploração acontece devido à necessidade de avanço do sistema que, quando não realizado, volta-se em ódio justamente para as classes marginalizadas, que entoadas em coro pela burguesia, têm sua existência ameaçada. Contudo essas mesmas classes, a partir desse sentimento de ódio e do medo frente a perda do emprego e na luta pela sobrevivência, opta por tendências conservadoras como a aderência a um discurso de defesa da propriedade privada e de políticas que, sem perceber, as prejudicam ainda mais (Poulantzas, 1972; Carnut, 2020). Nesses termos, pode-se afirmar que tais sentimentos se transformam em reações fascistas numa tentativa desesperada de manter a ordem vigente (ultraneoliberal) de modo a evitar o enfraquecimento das relações sociais capitalistas. Logo, através da forma-Estado é que haverá ênfase às formas estabelecidas, garantindo a rigidez ao sistema e as restrições democráticas para

preservar a sua forma, acrescida da ideologia sustentada pelos mitos fascistas.

Outro aspecto importante está na forma jurídica do Estado (Pachukanis, 2017a; Mascaro, 2020) que serve como aparato de sustentação desse *modus operandi* em conformidade com a forma-Estado. Assim, o fascismo acontece quando a forma jurídica se apresenta insuficiente para a manutenção dos interesses da burguesia. Somado a isso, ao enfraquecimento do movimento operário, e a uma série de políticas reformistas, o fascismo se instaura. Nesse sentido o neofascismo aparece sob a sua forma nas relações sociais capitalistas dentro do sistema neoliberal através dos sistemas ideológico, econômico, político e social para a manutenção desses interesses. Segundo Carnut (2020)

os países latino-americanos vivem sob a revelia de uma burguesia associada que sobrevive da transferência de mais-valor da periferia para o centro, provocando, com isso, uma superexploração da força de trabalho, em tempos de neofascismo, ela desvela seu caráter pró-imperialista em absoluto e, ainda, contraditoriamente, é conclamada de forma “ufanista”

pela classe média e por frações da classe trabalhadora mais atingidas pela crise, que, fascistizadas, endossam politicamente tamanha subserviência. (p.5)

Aqui o autor traz um ponto importante com relação a adesão ao fascismo. Tal nomenclatura foi realizada a princípio por Poulantzas (1972/2021) ao descrever a dinâmica desse fenômeno de massas. Assim, durante o regime fascista existem os fascistas, os fascistizados e os fascistizáveis. Os primeiros seriam aqueles que provocam e propagam a raiva alterando-a em ódio, os fascistizados assumiriam para si a raiva mas não a transformam em ódio, de forma oportunista, enquanto os fascistizáveis deteriam para si o discurso através dos sentimentos que geram e apoiariam os fascistas em troca dos privilégios e da desesperança gerada pelos aparelhos tais como os sindicatos e a própria política de bem estar social.

Portanto, o neofascismo enquanto resposta à crise do capitalismo se materializa no cotidiano através da operacionalização da raiva e do ódio somados às formas vigentes junto às ferramentas gerencialistas e burocráticas implicadas nesse processo. A seguir

veremos como foi pensado o serviço de saúde mental para posteriormente associarmos ao relato de experiência.

O Centro de Atenção Psicossocial E O Início Do Desmonte

A visão da saúde enquanto mercadoria pode ser vista desde o período da colonização, com a chegada dos portugueses, ao dificultar-se o acesso para a população em geral. Apenas as famílias privilegiadas tinham acesso ao médico e ao saneamento básico, enquanto os demais ficavam à mercê da filantropia e do solidarismo (Amarante, 1998). Nesse período, aqueles que eram contra a norma social vigente e que possuíam alguma alteração da percepção comum da realidade, eram denominados como doentes mentais, e seu “tratamento” ficava a cargo da igreja católica. Posteriormente, o saber médico passou a compor esse olhar, criando com isso as instituições totais (Goffman, 1974) como os manicômios. Nestes, permaneciam presos em instituições contra a sua vontade, “Holocausto Brasileiro”, de forma precária e desumana.

Este modelo fez/faz parte de uma sociedade capitalista brasileira, que sob a justificativa de promover o seu

funcionamento, teve/tem o incentivo do Estado através da sua forma-jurídica, produzindo o encarceramento de diversas pessoas ditas como indesejáveis (pessoas que faziam uso abusivo de substâncias químicas, prostitutas, homossexuais etc.). Nesse sentido, poderíamos dizer que tal organização também fizesse parte de uma tendência ideológica fascista? Segundo Carnut (2023), no caso da América Latina, o fascismo se encontra entranhado na formação social. De modo que sempre há um espectro do fascismo à espreita que transparece no *modus operandi* da burguesia e que tenta a qualquer custo se manter longe da pobreza. Portanto, se mantém aliada ao capital estrangeiro, enquanto sabe que sua posição social é um débito vitalício, e faz questão de pagar adiantado porque não está disposta a perder nem a “arredar o pé” do seu lugar de classe em hipótese nenhuma. Assim, esses movimentos influenciaram o cuidado e a própria liberdade dos sujeitos, ocasionando em mais encarceramento.

Portanto, as instituições totais vendiam como princípio o tratamento dessas pessoas em um local fechado de modo a fornecer alimentação, moradia, educação e medicação. Contradição apresentada na realidade, pois muitas

famílias retrataram que não sabiam como funcionavam na prática: não havia alimentação e roupas para todos, os ambientes não tinham cama e muitos dormiam no chão, alguns eram superlotados, não possuíam higiene adequada e/ou lugar para fazer suas necessidades, que muitas vezes aconteciam ali mesmo. A ideologia sustentada por esses locais se baseava no moralismo religioso cristão e na economia, pois, diante daqueles que negam, expõem e/ou são contra o ideário burguês, tinham como fim o aprisionamento, legitimado por um saber médico, biologicista, eugenista e conservador (Amarante, 1998).

Nesse contexto, a partir da alteração do regime monárquico para a república, houve a ampliação do acesso à saúde para aqueles que vendiam sua força de trabalho, e posteriormente, com a promulgação da lei nº 8080/90 para todos. A luta pela reforma sanitária foi importante para realizar também a condução da reforma psiquiátrica. Ainda que houvesse a transformação da saúde coletiva, para alguns, essa saúde ainda não era possível.

A partir de denúncias feitas por trabalhadores, sociedade civil e movimentos sociais, aos poucos ocorreram alterações no modo de cuidado dessas

peessoas, avaliando qual seria a necessidade desse cuidado e para quem. Esse movimento teve como influência o movimento italiano de desinstitucionalização que trouxe como precursores Rotelli e Basaglia.

Por isso, alguns acontecimentos foram importantes para demarcar o cuidado em liberdade desses usuários (e também a liberdade dos sujeitos de modo geral). Destaca-se a Carta de Bauru e a lei 10.216/2001, que possibilitou a criação dos NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) alterando posteriormente para CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), de forma a sistematizar o cuidado e garantir a liberdade dos sujeitos. Dessa forma, o cuidado em liberdade passa a ser possível, enfrentando suas limitações e contradições dentro dessa sociedade capitalista.

Os CAPS, portanto, são dispositivos ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial, implementada em 2011, para cuidado em saúde mental de sujeitos que apresentam crises agudas e/ ou persistentes, em que através da clínica e da reabilitação, são trabalhados a cidadania e o fortalecimento dos vínculos familiares. Compostos por profissionais da saúde e sociedade civil, os CAPS também são organizadores do cuidado junto às

Unidades Básicas de Saúde, capacitando-as nos matriciamentos e trabalhando no apoio aos casos graves de saúde mental de forma integrada. Apesar das divergências dos espaços de luta, a construção visou ao cuidado em liberdade em contraponto ao modelo manicomial que desumaniza as pessoas, retirando sua autonomia e possibilidade de serem sujeitos.

Assim o CAPS enquanto dispositivo, diferente dos manicômios, foi preconizado o acolhimento aos usuários em liberdade, a construção de projetos terapêuticos de forma conjunta (profissional e usuário), o desenvolvimento de atividades de reabilitação psicossocial, e os espaços de convivência para se trabalhar os problemas que demandem essas situações. Segundo um documento proposto pelo Ministério da Saúde (2004), o papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A inserção dos usuários nesse ambiente está atrelada a inúmeras variáveis, do comprometimento psíquico ao projeto terapêutico, bem como a sua permanência que também depende desses fatores. Por isso, é necessário que o CAPS esteja inserido em uma rede articulada para que o cuidado ocorra de forma contínua e o

processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa. Além disso, é importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser mantidos de forma flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, e ao seu território reconstruído e resignificado. Aqui, é possível analisar que não há qualquer menção política e/ou ideológica do cuidado no documento proposto pelo Ministério da Saúde, visando uma saída vista comumente nas políticas públicas de saúde tecnicista. Como se o cuidado em liberdade fosse algo apenas entre muros físicos, retirando o contexto social, político e econômico que os manicômios permaneceram desde então. Seria então um furo proposital?

Sobre o cuidado dos usuários, tem-se que o protagonismo é fundamental, tanto para o desenvolvimento de sua autonomia quanto para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Nesse e em outros documentos apresenta-se a necessidade de que os usuários venham a

ser chamados para participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. Essa participação pode ser vista principalmente através das assembleias, de modo que muitas vezes surgem desses espaços ideias que propõem questionar as necessidades do serviço e dos próprios usuários enquanto sujeitos.

A partir dessas considerações, segue o relato de experiência que mostrará que tais proposições dada a sua dialética são realizadas com uma série de contradições, afetando o fazer profissional e, também, o cuidado com os usuários.

Relato De Experiência

No início de 2018, o CAPS AD passou por um processo de licitação alterando o gerenciamento para outra organização social de saúde, sendo em 2019 o início do meu trabalho como uma das psicólogas desse equipamento. Percebi que os processos são/estão muito diferentes daqueles encontrados na literatura e/ou aprendidos na graduação: já não havia espaço para discussões (apesar dos horários demarcados para reunião), os planejamentos vinham prontos e ordenados pela OSS e Supervisão Técnica de Saúde (STS), as metas e atividades surgiam como

demanda a se cumprir, sem qualquer tipo de diálogo, decisões acerca do cuidado dos usuários e dos processos de trabalho eram tomadas na ausência da equipe técnica e as questões feitas e sustentadas eram motivo de chacota pela gestão, que diminuía o argumento utilizando do próprio poder. Naquele período, a queixa da maioria dos profissionais que estavam ali era que a gestão que assumiu o serviço criticava o modelo anterior de forma hostil e desrespeitosa, rindo, desfazendo os grupos terapêuticos sem consultar a equipe e os usuários. Estes insistiam em dizer o quanto o CAPS era melhor com as atividades realizadas, e que estas produziam alterações sensoperceptivas e melhora do pensamento, sendo uma perda importante para eles.

Foi perceptível, portanto, que o CAPS passou a ser um espaço de disputa de poder constante entre as relações: usuário e trabalhador, trabalhador e instituição, e usuário e instituição. Os embates que possuíam a contradição como essência permaneciam na prática através dos direcionamentos feitos pelo Estado, por exemplo, o cuidado em liberdade e a lógica manicomial. Além disso, tais mudanças surgiram no mesmo período em que o governo federal com tendências neofascistas, produziu essas alterações.

Contudo, em nenhum momento houve o reconhecimento ou o apoio direto à esse governo durante a gestão. Seria este um grupo de fascistizáveis?

Para ilustrar brevemente essa contradição, trago aqui um caso de um usuário que vinha apresentando sucessivas crises de intoxicação, e a lógica de cuidado utilizada foi a internação e o apoio medicamentoso. Esta estratégia possui como contradição a substituição da medicação pela substância psicoativa, pois sem utilizar outra alternativa, a medicação poderia também lhe causar dependência, e, neste caso, causou. Em uma noite, o usuário pediu uma quantidade maior de benzodiazepínicos, que lhe foi negada, apontando, por isso, uma faca para a equipe, e o orientamos de modo a retirar a faca de sua mão, além de direcionar quanto ao cuidado da situação, solicitando que retornasse no dia seguinte. O usuário ouviu atento, pediu desculpas pela atitude e referiu que desejava apenas descansar das vozes de sua cabeça. No dia seguinte, a gestão da OSS comunica que após conversa com a STS, determinaram a internação deste usuário. O ato da reclusão, além da quebra de contrato com ele – pela internação involuntária – pode ser visto como o uso do poder despótico da gestão,

que mais uma vez se referia ao usuário sem escuta e dizendo não ser possível continuar dessa maneira, desconsiderando o manejo e a escuta realizada pela equipe e o significado da internação para aquele sujeito. Deste modo a internação passou a ser um fator de aposta para a gestão, principalmente quando o usuário incomodava a equipe ou utilizava da agressividade como resposta a sua própria frustração.

Além desses fatos, nesse mesmo período, houve aumento de estratégias de barreira de acesso, utilizando os grupos de chegada para entrada do acompanhamento no serviço. Assim os usuários necessitavam passar por cinco grupos de chegada para que seu prontuário fosse aberto e desse continuidade no seu cuidado. Outros aspectos importantes foram: caso o usuário estivesse em crise a justificativa utilizada era que o caso ainda não pertencia ao equipamento por não possuir prontuário aberto indicando que estava em avaliação; a naturalização da internação (já mencionada); discussões de caso apenas sobre fatos isolados, desconsiderando a história de vida e o desejo do sujeito. Nesse ponto, pode-se visualizar o gerencialismo

dada a alteração do pagamento para a saúde instaurado pelo Previn Brasil¹ que fragmentou o cuidado ao usuário, confirmando o estudo mencionado anteriormente.

Esse jogo de poder perpassa todo o período do CAPS. Os processos vistos como democráticos passam a ser manipuláveis pela gestão, que orienta e direciona ao que ela deseja de maneira autoritária, desprezando argumentos técnicos e éticos a respeito do cuidado dos usuários e dos processos de trabalho. Isso indica o quanto o processo da gestão bolsonarista a nível federal pode influenciar no cuidado com os usuários dada a política que estava vigente. As barreiras de acesso serviam como instrumento antidemocrático fortalecida tanto pela gestão quanto por profissionais fascistizáveis que mesmo discordando da gestão a nível federal, pactuava com essa dinâmica de maneira conservadora e moralista, punindo o usuário excluindo-o do equipamento sem acolhê-lo ou quando referiam que para estar no CAPS precisava estar sóbrio, sem ter feito uso de qualquer substância.

Dadas as dificuldades enfrentadas, através de uma carta denúncia sucederam-

1

se uma série de reuniões em que foi possível a alteração da gestão. No entanto, mudam-se os atores, mas a estrutura permanece intacta. A gestão seguinte alterou alguns processos de trabalho, permitindo a participação da equipe e a construção de um cuidado coletivo, no entanto, sempre que se falava do exercício do aspecto político dentro do CAPS, como forma de protagonismo dos usuários, isso era compreendido como algo impossível, sendo vetadas ideias como momento da política para usuários e trabalhadores, indicando que se deveria realizar de forma individual, ao mesmo tempo em que a gestão questionava a importância da assembleia e o seu esvaziamento pelos trabalhadores.

Este relato demonstra que em períodos de avanço das forças fascistas na sociedade, elas não se encontram restritas ao núcleo do executivo federal ou subnacionais, mas estão enraizadas na sociedade demonstrando que trabalhadores com cargos de mando rapidamente se identificam com o discurso antidemocrático e fascistizam-se progressivamente.

Posteriormente, no período de 2021-2022, nas reuniões de equipe, a gestão dita o que seria necessário fazer, desconfiando da técnica do profissional,

sem fornecer educação permanente para tal. A OSS também passou a contratar profissionais sem experiência em saúde mental e em nenhum momento se preocupou em formar ou informar os trabalhadores. Assim foi possível ver, por exemplo, uma profissional de enfermagem chegar em um CAPS AD vestida de branco, pois não sabia o que era aquele serviço. De 2022 a 2023, o CAPS continuou com as dinâmicas autoritárias por parte da gestão, alegando que para ela a importância era apenas os usuários. O gestor passou a estar no espaço de supervisão sem problematizar essa presença com a equipe, pois, considerando que a supervisão clínico-institucional seria o momento para que a equipe trouxesse os seus afetos, e como os casos acompanhados os mobilizam além dos processos de trabalho, como seria possível na presença do gestor? A partir disso a supervisão deixou de ser esse espaço, pois, além da sua presença, exigiu também que os encontros fossem registrados em ATA, retirando o sentido dessa ferramenta. Outro acontecimento relevante foi quando um usuário em atendimento com sua referência técnica contou que foi agredido por um “técnico” nas adjacências do equipamento, logo após ter tido uma crise de intoxicação. O caso foi

levado para a gestão, que não comunicou à equipe, conversou com o possível agressor e não houve apuração legal da situação. Tentou-se falar sobre o caso em reunião de equipe, no entanto, a gestão alegou que o usuário tem o costume de fazer isso: “misturar a realidade com as suas fantasias”. Seria essa a premissa do discurso manicomial? Quando há o descrédito da fala do usuário alegando que faz parte da sua “loucura”?

Diante desse contexto, como lutar e por onde lutar e por qual objetivo? A primeira pergunta pode ser respondida, a princípio, através do fortalecimento das premissas que foram criados os equipamentos. Assim, durante quatro anos, aconteceram e acontecem movimentos realizados por trabalhadores e usuários que resistem cotidianamente pelo trabalho, por exemplo o InterCAPS momento em que os CAPS da cidade de São Paulo se reúnem para jogar futebol entre si no formato de campeonato. Esse momento permite o exercício de vivenciar outros tipos de relações, seja com outras pessoas, ambientes e consigo podendo resignificar o lugar que estes tipos de relações tiveram.

Contudo em situações de luta e resistência frente às violências que foram elencadas fruto dos aspectos

neofascistizantes das práticas, a princípio buscou-se não só a legitimação dessas violências, mas também a exigência de que não ocorram novamente. Assim, em uma audiência pública proposta pela Câmara de São Paulo surgiu com o objetivo de denunciar essas condições de trabalho. Estavam presentes alguns parlamentares, vereadores, sindicatos, trabalhadores das OSS e a secretaria municipal de saúde. Durante a audiência, outros exemplos como o relato realizado surgiram: denúncias de assédio moral, precarização do trabalho, dentre outros por todas as OSS do município. A fala da Secretária Municipal de Saúde se deteve apenas aos números (quantidade de serviços da cidade de São Paulo e ampliação dos serviços), ignorando os relatos feitos, as queixas e a indignação com o sistema pelos trabalhadores e usuários que lá estavam. A audiência teve por fim o direcionamento, como exigências, de uma comissão de trabalhadores e abertura de inquérito para investigação das OSS de todo o município, visando à constatação dos abusos, falta de gerenciamento, para que a Secretaria alterasse o modo de conduzir a saúde no município. Além disso, também determinou-se a realização de concursos públicos, o foco em metas que estejam

associadas à qualidade do serviço prestado, retorno ao fortalecimento do Conselho Gestor e maior participação popular. No entanto, ainda assim essa é uma saída em busca de um fortalecimento da forma-Estado que amparada pela forma-jurídica legítima e normaliza tais condições. Para Holloway (1980; 1993) a luta também deve ocorrer além do aparato institucional em busca de uma nova sociabilidade que não se conforme à essa forma. Como fazê-lo? Essa é uma questão a ser desenvolvida pelos movimentos sociais.

Considerações Finais

Essa sequência de fatos aconteceu em um período de 4 anos de trabalho em uma OSS da cidade de São Paulo. Nesse tempo, foram inúmeros os afastamentos dos trabalhadores, as queixas dos usuários e a violência vivenciada. Os processos de trabalho se tornaram cada vez mais silenciosos, sem quaisquer transparências, enquanto o discurso da gestão, tanto para o trabalho quanto na condução dos casos, ainda utilizava dos preceitos da reforma psiquiátrica. Foi apontado pela gestão a falta de interesse dos trabalhadores na assembleia dos usuários, na construção de ações no território e a ausência de

perspectivas de projetos terapêuticos singulares através da dinâmica territorial. Entretanto, não olhavam para as próprias condutas nos processos de trabalho, pois, se há contradição na instituição, como não haveria na condução do cotidiano pelos trabalhadores?

Retornando à questão inicial do texto, sobre a parceria entre Prefeitura e OSS, percebe-se uma dinâmica clara entre os processos vivenciados e os rumos que tiveram essa parceria, entre 2019 a 2022 marcado pelo governo de Jair Bolsonaro. Nesse período ocorreu: a alteração do financiamento da Atenção Primária através do gerencialismo fragmentou o cuidado em saúde, impossibilitando as redes de atenção; houve uma ênfase da classe médica ao enfraquecer com o revogaço as portarias de saúde mental, fortalecendo os ambulatorios, hospitais e comunidades terapêuticas; o fortalecimento do discurso religioso implicou na disseminação das comunidades terapêuticas, bem como prejudicou o cuidado pela perspectiva da redução de danos. A partir disso, a nível municipal a gestão fortaleceu e intensificou essa relação, entregando os equipamentos de administração direta para as OSS, de modo que, para não prejudicar essa relação e manter uma ideia de ordem, todo e

qualquer problema fosse escamoteado. Assim, os conselhos gestores perderam sua importância e passaram a ser apenas um instrumento protocolar, bem como as reuniões e assembleias que foram perdendo o sentido. Dessa forma associa-se essa perda ao processo de fascistização iniciado pelo governo vigente, de modo que os ditos espaços democráticos perderam o sentido, na tentativa de favorecer uma elite que está preocupada em satisfazer seus próprios interesses a mando do capital estrangeiro.

Portanto, os efeitos do neofascismo no Brasil na gestão de Jair Bolsonaro podem ser vistos através de: instituições que perderam a força e foram mantidas apenas como cumprimento de protocolo, processos de trabalho obscuros sem a participação da equipe nas tomadas de decisão, naturalização da violência como ferramenta de coerção, liberdades cerceadas tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, processos gerencialistas coadunados em uma só figura, contradição legitimada a partir da união entre um discurso progressista reformista (antimanicomial ou antimanicolonial) e a prática conservadora (manicolonial).

Nesse sentido, no Brasil, o ultraneoliberalismo tem ganhado força de modo que o Estado se fortalece junto com o

capital, individualizando a responsabilização dos processos de trabalho e impondo a máxima capitalista meritocrática e de produção. Essa imposição acontece, como foi descrito no caso da saúde, através da burocratização e do gerencialismo. Assim, se apresenta um caminho seguido pelo Estado para concretizar o que já está posto, que seria a saúde enquanto mercadoria. Como lucrar com essa mercadoria? Essa pergunta pode ter sido norteadora para o Estado a fim de produzir, por exemplo, a saúde mental como descrita na experiência do CAPS AD.

Esse modo de fazer saúde mental, no entanto, esbarrou em alguns limites, já citados anteriormente e objeto deste relato. Através do histórico da saúde, percebe-se que sempre existiu um alinhamento do Estado aos interesses da burguesia devido a sua forma, e, por isso, só foram possíveis as reformas enquanto conquista, mas que estão o tempo todo ameaçadas devido aos limites da forma-Estado. O fazer saúde, em vários momentos, está atrelado também a uma continuidade desse projeto, dada as exigências feitas continuamente pelo Estado e também, atualmente, pelas OSS. Se a necessidade apresentada pelo Estado e defendida pelas OSS está sempre de acordo com o capital e as reformas estão em

constante ameaça, esse modo de fazer saúde através do neoliberalismo se encontra fragilizado para aqueles que trabalham e aqueles que possuem o direito de acessá-lo. Por isso, o sistema neoliberal possui um aparato que sustenta o atravessamento de características neofascistas dentro dos equipamentos de saúde.

Por fim se discutiu a possibilidade de saídas para tal. Retomando Holloway, ela estaria na luta dentro e contra esse modelo, mas não apenas isso, é necessário ir além dessa forma-Estado. Assim, qual forma-Estado é possível para que esse tipo de processo não ocorra? Quais exigências e lutas devemos fazer enquanto sociedade para superar essas contradições? Que tipo de horizonte desejamos quando buscamos a alteração de um modelo de sociedade? As respostas para essas perguntas podem estar em outros modos de sociabilidade que devem ser o horizonte dos movimentos sociais, para além de uma política pública reformista.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Boito Jr., A. (2020). Por que caracterizar o bolsonarismo como neofascismo. *Crítica Marxista*, 27(50), 111–119. doi: <https://doi.org/10.53000/cma.v27i5.0.19004>.
- Boito Jr., A. (2021). O caminho brasileiro para o fascismo. *Caderno CRH*, 34, e021009. doi: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.35578>.
- Bonnet, A. (2016, marzo). El concepto de estado capitalista, en el pensamiento de Poulantzas. *Herramienta web: Revista de Debate y Crítica Marxista*, (18). Recuperado de <https://www.herramienta.com.ar/el-concepto-de-estado-capitalista-en-el-pensamiento-de-poulantzas>.
- Carnut, L. (2020). Neofascismo como objeto de estudo: contribuições e caminhos para elucidar este fenômeno. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 41(1), 81–108. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2020v41n1p81>
- Carnut, L. (2022). O que o burguês faz lamentando... o fascista faz sorrindo: neofascismo,

capital internacional, burguesia associada e o Sistema Único de Saúde. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 22, e41512. doi: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2022.1.41512>.

Carnut, L. (2023, 16 de outubro). Neofascismo (s) latino-americano (s) i – do fascismo ao neofascismo: compilando o debate. *Crítica Revolucionária*, 3, e005. doi: https://doi.org/10.14295/2764-4979/CR_RC.2023.v3.13.

Carvalho, M. (2018, setembro). *Portarias de Consolidação e Atenção Psicossocial/Saúde Mental — Alguns caminhos mapeados*. Recuperado de <http://www.cetadobserva.ufba.br/pt-br/conversacoes>

Fontes, V. (2019, 08 de janeiro). O núcleo central do governo Bolsonaro: o proto-fascismo. *Esquerda online*, (Especial Tirem as Mãos da Venezuela). Recuperado de <https://esquerdaonline.com.br/2019/01/08/o-nucleo-central-do-governo-bolsonaro-o-proto-fascismo/>.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.

Hirsch, J. (2017). Elementos para una teoría materialista del estado. *Revista Herramienta*. Recuperado de <https://www.herramienta.com.ar/?id=2695>.

Holloway, J. (1980, abril-junio). El estado y la lucha cotidiana. *Cuadernos Políticos*, (24), 7–27. Recuperado de <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.24/CP24.3.JohnHolloway.pdf>.

Holloway, J. (1993, diciembre). La reforma del Estado: capital global y Estado nacional. *Perfiles Latinoamericanos*. (1), 7–32. Recuperado de <https://johnholloway.com.mx/wp-content/uploads/2024/07/1993-La-reforma-del-Estado.pdf>.

Marx, K. (1867/2013). *O capital – Crítica da economia política: o processo de produção do capital* (Livro 1). São Paulo, Brasil: Boitempo.

Mascaro, A. L. (2020). Prefácio. In Pachukanis, E. B. *Fascismo* (pp. 9–24). São Paulo, Brasil: Boitempo.

Mendes, A., & Carnut, L. (2018, outubro-dezembro). Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e sociedade*, 27(4), 1105–1119. doi:

[.https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180365](https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180365).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção*

psicossocial. Brasília, Brasil:

Ministério da Saúde. Recuperado de

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

Narvai, P. C. & Carnut, L. (2016, abril-junho). Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 290–305. doi:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.

Pachukanis, E. (2017a).

Mercadoria e Sujeito. In *A Teoria Geral do Direito e o Marxismo e Ensaios*

Portaria GM/MS, nº 336, Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS, Ministério da Saúde. (19 de fevereiro de 2002). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

Portaria GM/MS, nº 678, Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS, Ministério da Saúde. (2006, 30 de março).

Recuperado de

<https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/678.pdf>.

Portaria GM/MS, nº 2391, Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS, Ministério da Saúde. (2002, 26 de

dezembro). Recuperado de
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.

Portaria nº 3088, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). Recuperado de
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Porto, F. & Carnut, L. (2020).

Remuneração médica sob desempenho e qualidade de assistência à saúde: uma revisão integrativa, primeiros resultados. *JMPHC — Journal of Management & Primary Health Care*, 12(n. spec), 1–2. doi:

<https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1065>.

Poulantzas, N. (1972/2021).
Fascismo e ditadura: a III Internacional face ao fascismo.
Brasil: Enunciado Publicações.

Ribas, J. A. N., & de Meza, M. L. F. G. (2018). Os Conselhos Gestores de Políticas

Públicas: espaços de consolidação da administração pública societal?

Administração Pública e Gestão Social, 45–54. doi:

<https://doi.org/10.21118/apgs.v10i1.1492>.

Siqueira-Batista, R., Gomes, A. P., Albuquerque, V. S., Cavalcanti, F. de O. L. & Cotta, R. M. M. (2013, janeiro). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 159–170.

doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>.

Notas

O Previn Brasil foi um modelo de financiamento instituído em 2019 para a Atenção Primária à Saúde. Com ele, houve uma alteração do repasse aos municípios com base em três critérios: pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas, e capitação ponderada. Essa forma de financiamento alterou a política territorial, enfraquecendo-a junto aos revogações citados anteriormente no texto. Essa informação encontra-se disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/249941>

Fernanda Gomes Torres da Silva:
Mestranda Interdisciplinar em
Ciências da Saúde

(Ciências Sociais e Humanas em Saúde).
Programa de Pós-graduação
Interdisciplinar em
Ciências da Saúde (PPGICS) da
Universidade Federal de São Paulo
(Unifesp)
ORCID: 0009-0008-9988-7057
E-mail: gomes.torres@unifesp.br

Leonardo Carnut: Professor Associado,
Livre-Docente em Ciências Sociais em
Saúde. Docente Permanente do Programa
de Pós-graduação Interdisciplinar em
Ciências da Saúde (PPGICS) da
Universidade Federal de São Paulo
(Unifesp).
ORCID: 0000-0001-6415-6977
E-mail: leonardo.carnut@unifesp.br

Submetido em: 15/10/2024
1ª Rodada: 18/11/2024
Aceito em: 29/11/2024

Contribuição dos autores:

Conceitualização: F.G.T.S.; L.C.

Redação do manuscrito: F.G.T.S.; L.C.

Análise dos dados: F.G.T.S.; L.C.

Revisão e edição: F.G.T.S.; L.C.

Financiamento: Não há fontes de
financiamento senão a dos próprios autores