

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS – PURO
FACULDADE FEDERAL DE RIO DAS OSTRAS – RFR
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS – RIR
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

DENISE OLIVEIRA DA SILVA

**DIREITOS SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS
DE GARANTIA**



Rio das Ostras
Agosto de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS – PURO
FACULDADE FEDERAL DE RIO DAS OSTRAS – RFR
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS – RIR
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

DIREITOS SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE GARANTIA

DENISE OLIVEIRA DA SILVA

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e sob a orientação do Professor Mestre Bruno Ferreira Teixeira.

Universidade Federal Fluminense
Pólo Universitário de Rio das Ostras
Agosto de 2013

DIREITOS SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE GARANTIA

DENISE OLIVEIRA DA SILVA

BANCA EXAMINADORA

Professor Ms. Bruno Ferreira Teixeira – Orientador
Docente do Curso de Serviço Social
Pólo Universitário de Rio das Ostras

Professor Dr. Felipe Brito - Examinador
Docente do Curso de Serviço Social
Pólo Universitário de Rio das Ostras

Professor Dr. Edson Teixeira da Silva Júnior - Examinador
Docente do Curso de Serviço Social
Pólo Universitário de Rio das Ostras

Aprovado em 02 de agosto de 2013.

*“Não há louco que não seja lúcido e nem lúcido que não seja louco.”
(Augusto Cury em O Futuro da Humanidade)*

Para tia Jarde (in memorian), obrigada por todo o apoio, carinho e dedicação. Sinto sua falta, mas sei que onde quer que esteja nesse momento está feliz por mim.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a minha graduação tive muitas pessoas que me apoiaram e me incentivaram a continuar e buscar meus sonhos por isso corro o risco de esquecer de alguns, mas mesmo não mencionando-os aqui tenham o meu eterno agradecimento e gratidão.

A Deus, Jesus Cristo e Maria.

Aos meus pais, Maria Aparecida e Demilson, muito obrigada por todo amor, carinho, dedicação, compreensão e tantos outros sentimentos e ações que direcionaram para mim como demonstração de afeto. Sei que lutaram, lutam e sempre lutarão por mim, sei que sempre sonharam junto comigo e sempre fizeram o melhor por mim. Minha monografia e meu futuro diploma não serão uma vitória só minha, será uma vitória nossa. Amo vocês eternamente, tanto que nem tenho como expressar e nem nunca terei.

A toda a minha família, minha grande, tempestuosa, mas afetuosa família, obrigada por todo apoio, carinho, incentivos e orações. Juntos sempre seremos mais fortes.

A minha segunda família, a Escola de Evangelização Santo André, meus irmãos de coração e de fé. Obrigada pelas infinitas orações, momentos felizes e ensinamentos.

A minha amiga e segunda mãe Maria José Peixoto com quem muitas vezes gargalhei, chorei e compartilhei momentos felizes. Amigos são a família que podemos escolher.

As minhas colegas e meus colegas de graduação, assistentes sociais e futuras / futuros assistentes sociais, com quem compartilhei alegrias, conhecimentos, aflições, trabalhos, conversas pelos corredores e lanchonetes, momentos felizes e tristes. Pensamos que nunca conseguiríamos, mas finalmente chegamos lá.

Ao meu orientador, Bruno Ferreira Teixeira, que tanto me incentivou, auxiliou e ensinou. Obrigada por toda a sua paciência, compreensão e contribuições. Quando “crescer” quero ser igual a você.

A todos os usuários do Programa de Saúde Mental de Macaé e, em especial a ASPAS. Vocês me ensinaram muito como pessoa e futura profissional. Obrigada.

RESUMO

Esta monografia tem por objetivo evidenciar as dificuldades encontradas pelas pessoas portadoras de transtorno mental para efetivar os seus direitos sociais. Mesmo com os avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica e pelas leis regidas pelo seu princípio, ainda é possível observar o estigma societário e o desrespeito do Estado para com esta parcela da população. Assim, são analisadas as contribuições advindas das reformas Sanitária e Psiquiátrica e do SUS para a mudança no modelo de tratamento em saúde mental; a criação de leis diversas que protegem os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental; a violação de direitos sociais, as dificuldades encontradas pelas pessoas portadoras de transtorno mental para efetivar os seus direitos; o trabalho do assistente social na saúde mental sob a perspectiva de garantia de direitos e controle social; e, finalmente, as contribuições advindas dos espaços de luta coletiva, como, por exemplo, é o caso da ASPAS.

A monografia pretende demonstrar que mesmo com a mudança no modelo de tratamento em saúde mental, alguns paradigmas da Reforma Psiquiátrica encontram dificuldades de efetivação, e que fortalecer os espaços de luta coletiva e ocupar os espaços nas instâncias de controle social, constituem uma importante estratégia para a garantia de direitos.

Na conclusão, afirma-se claramente que a Reforma Psiquiátrica ainda tem um longo caminho a percorrer e que é necessário que a sociedade tome para si o controle e a participação nos espaços de luta coletiva.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Direitos Sociais, Controle Social

ABSTRACT

This monograph aims to highlight the difficulties faced by persons with mental disorders to effect their social rights. Even with the advances provided by the Psychiatric Reform and the laws governed by its principle, it is still possible to observe the societal stigma and disrespect of the State to that population. Thus, we analyze the contributions of the reforms and Psychiatric Health and NHS to change the model of mental health treatment, the creation of several laws that protect the rights of persons with mental disorders; violation of social rights, the difficulties encountered by people with mental disorders to enforce their rights, the work of the social worker in mental health from the perspective of ensuring rights and social control, and finally, the contributions from the spaces of collective struggle, for example, in the case of quotes.

The paper aims to demonstrate that even with the change in the model of mental health treatment some paradigms Psychiatric Reform encounter difficulties effectiveness and strengthen spaces for collective struggle and occupy the spaces in the social control agencies are an important strategy for ensuring rights.

In conclusion, it is clearly stated that the psychiatric reform still has a long way to go and that is necessary for society to take control for themselves and participate in the spaces of collective struggle.

Keywords: Mental Health, Social Rights, Social Control

SUMÁRIO

Introdução	Pág.10
 Capítulo I: Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica – A Mudança no Modelo de Assistência às Pessoas Portadoras de Transtorno Mental	
1.1 Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde.....	Pág.13
1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	Pág.24
1.3 Os CAPS's como espaço de superação da violência asilar.....	Pág.29
 Capítulo II: Os Direitos Sociais na Saúde Mental	
2.1 A Lei 10.216/2001.....	Pág.40
2.2 Direitos Sociais: A Acumulação do Capital como fator determinante da violação de direitos.....	Pág.46
2.3 A Odisseia das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental na Busca por Cidadania.....	Pág.58
 Capítulo III: Movimentos Sociais e Controle Social: Perspectivas Profissionais e Societárias na Luta por Direitos	
3.1 Controle Social.....	Pág.71
3.2 O Serviço Social no Controle Social Democrático.....	Pág. 77
3.3 Breves considerações acerca dos Movimentos Sociais no Brasil.....	Pág.82
3.4 O Movimento de luta Antimanicomial no Brasil	Pág.85
3.5 A ASPAS Enquanto Espaço de Luta Coletiva em Macaé.....	Pág.90
 Considerações Finais	 Pág. 95
 Referências Bibliográficas	 Pág.99
 Anexo	 Pág.106

INTRODUÇÃO

Mesmo com os importantes avanços obtidos na área da Saúde Mental, como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a criação dos CAPS's e Residências Terapêuticas e leis que resguardam os direitos sociais e de tratamento dos usuários, ainda há alguns entraves que impedem a efetivação de tais conquistas. A Saúde Mental conseguiu consolidar um verdadeiro avanço perante a reforma psiquiátrica ou ainda reproduz práticas conservadoras? Quais são os fatores que dificultam o cumprimento das leis que resguardam a garantia de direitos dos usuários desta política? O que os usuários e seus familiares, os trabalhadores da Saúde Mental, a sociedade em geral e principalmente os Assistentes Sociais podem fazer para que tais direitos sejam consolidados?

A Reforma Psiquiátrica, ocorrida no fim da década de 70, foi um processo social e político voltado para a redução e eliminação de leitos e de hospitais psiquiátricos, que buscava garantir o fim da violência contra os doentes mentais e a garantia de seus direitos, fazendo surgir a necessidade de se criar dispositivos substitutivos a prática de internação psiquiátrica que oferecessem tratamento clínico e terapêutico, reinserção social e autonomia a pessoa portadora de transtorno mental. Nesse contexto surgem os CAPS. Os CAPS são a porta de entrada da saúde mental em seu território e cabe a ele organizar o atendimento as pessoas com transtornos mentais no município. Eles funcionam como dispositivos substitutivos à prática de internação psiquiátrica e realizam atendimentos diários clínico-terapêuticos, promovendo a inserção social dos portadores de transtornos mentais através de parcerias com a comunidade e com instituições diversas, buscando a autonomia e a cidadania dessas pessoas.

A Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS's são um marco no enfrentamento da violência asilar e na forma de tratamento dada ao portador de transtorno mental. É através desses dois marcos que a pessoa portadora de transtorno mental passa a ser reinserido e resocializado na sociedade e passa a circular livremente por ela, interagindo no meio em que vive e se tornando de fato cidadão. Apesar de se ter este movimento de reinserção e ressocialização do portador de transtorno mental na sociedade, nota-se que ainda há um grande preconceito com eles, pois por muito tempo acreditou-se no perigo que eles representavam e que eles eram incapazes da vida em sociedade, por não terem condições psicológicas para o convívio com outras pessoas. Apesar de todos os avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica, ainda é possível encontrar práticas segregativas, asilares, de violência e de preconceito contra as pessoas portadoras de

transtorno mental, cabendo aos profissionais de saúde mental e principalmente ao Assistente Social o enfrentamento dessas práticas. Porém, o próprio profissional de Serviço Social em sua prática, esbarra em entraves de ordem prática, jurídica, ideológica, societária e de formação, e acaba encontrando dificuldades para consolidar o seu trabalho no campo da garantia de direitos, além de dificuldades para sensibilizar a sociedade, e muitas vezes, a família e os usuários da Saúde Mental para a busca de garantia de direitos.

Com a promulgação da lei 10.216 em 2001, que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção progressiva das internações psiquiátricas, o Ministério da Saúde passa a fiscalizar a redução dos leitos e hospitais psiquiátricos e a financiar os CAPS. A Política de Saúde Mental é de grande importância para as pessoas portadoras de transtorno mental e também para a sociedade de forma geral. Tal política vai contra toda a forma de preconceito, violência, exclusão e segregação social dos indivíduos e luta pela igualdade entre as pessoas, por uma sociedade mais justa.

As pessoas portadoras de transtorno mental ainda são muito estigmatizadas e não recebem a devida atenção do Estado e da sociedade. Eles podem circular livremente pelo espaço urbano da cidade, mas não tem direitos básicos de cidadania como, por exemplo, acesso ao mercado formal de trabalho. Nesse sentido, os movimentos sociais e as esferas de controle social são importantes instrumentos na formação de consciência política e social dos usuários da Saúde Mental na busca e efetivação de seus direitos. A intervenção do Assistente Social também constitui-se como meio de efetivação de tais direitos sociais e de tomada de controle por parte da sociedade na participação, autonomia e gerência das políticas sociais.

Para além, é necessário compreender como ocorreu o processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e se de fato elas representam uma mudança significativa para a pessoa portadora de transtorno mental, através da garantia de direitos dos usuários da Saúde Mental. Nesta linha, faz-se mister conhecer a prática profissional dos Assistentes Sociais na garantia de direitos dos usuários da Saúde Mental, e quais são os seus desafios e contribuições para as equipes de Saúde Mental e para os usuários desta política, bem como sua participação em movimentos sociais que buscam o reconhecimento desta parcela da população.

No primeiro capítulo, faremos um breve resgate histórico da Reforma Sanitária, da criação do Sistema Único de Saúde, da Reforma Psiquiátrica, da criação dos Centros de Atenção Psicossocial e da contribuição destes processos históricos para a mudança

do tratamento prestado às pessoas portadoras de transtorno mental, tendo como ponto de partida a Ditadura Civil-Militar.

No segundo capítulo, discutiremos a (re) socialização e a (re) inserção das pessoas portadoras de transtorno mental na sociedade, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, por meio da garantia de direitos sociais como forma de reconhecimento de sua cidadania. Abordaremos as leis criadas em benefício destas pessoas, leis estas que nem sempre são respeitadas ou cumpridas em sua integralidade, bem como faremos um resgate histórico da violação dos direitos sociais, apontando as dificuldades encontradas pelas pessoas portadoras de transtorno mental na garantia de seus direitos.

No terceiro e último capítulo, abordaremos o controle social como uma das vias de garantia de direitos e de representatividade para as pessoas portadoras de transtorno mental. Faremos breves discussões sobre o que é o controle social e como ele surge e ganha vulto no Brasil, abordaremos a práxis profissional do Assistente Social nas instâncias de Controle Social Democrático, especialmente na Saúde Mental, discorreremos sobre os movimentos sociais no Brasil e sua representatividade na busca e garantia de direitos para determinadas parcelas populacionais. Por último, demonstraremos a experiência e a expressividade do Movimento de Luta Antimanicomial para a garantia dos direitos sociais das pessoas portadoras de transtorno mental e a experiência da ASPAS, uma associação formada e gerida por usuários da saúde mental de Macaé, que possui grande representatividade na região, além de conquistas políticas e sociais de extrema importância.

Como metodologia usada para a elaboração deste trabalho, lançamos mão de estudos bibliográficos diversos nas áreas de Serviço Social, Saúde Mental, Controle Social, entre outros, além de realizarmos entrevistas semi-estruturadas com uma Assistente Social que trabalha com a perspectiva do controle social em saúde mental e com a ASPAS, que desenvolve a sete anos um trabalho voltado para a tomada de poder por parte dos usuários da saúde mental nas instâncias de controle social e na sociedade macaense.

CAPÍTULO I

REFORMA SANITÁRIA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA – A MUDANÇA NO MODELO DE ASSISTÊNCIA AS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

1.1 Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde

Durante um período de quase 21 anos estivemos sob a Ditadura Civil-Militar, onde não havia o respeito aos direitos humanos e político-sociais da população e onde toda e qualquer forma de expressão ou manifestação de repúdio e insatisfação a esta forma autoritária de governo militar era reprimida violentamente com tortura, censura, prisão, exílio ou até mesmo morte. Eram terminantemente proibidas greves e passeatas contrárias ao regime, os movimentos sociais eram sufocados pelo governo e existiam na clandestinidade.

“Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital.” (BRAVO, 2008, pág. 93).

O modelo de modernização do estado brasileiro implementado pelo Regime Civil-Militar, aumentou ainda mais as desigualdades sociais sufocadas pelos mecanismos repressivos voltados aos opositores do Regime, e que refletiram nos mais diversos setores da sociedade, dentre os quais destaco a Política de Saúde.

A Política de Saúde nesta época configurava-se da seguinte forma: o setor privado para as classes mais ricas da população, os planos de saúde para a classe média e assalariada seleta e para os contribuintes da Previdência, um serviço público. Não existia ainda um modelo de Saúde universal e descentralizado onde os usuários da saúde e os seus trabalhadores pudessem exercer seu poder participativo através de reivindicações e da tomada dos bens e serviços públicos para si.

Com o fim da Ditadura Civil-Militar Brasileira em 1985, os movimentos sociais puderam emergir no cenário político e social nacional, podendo reivindicar suas bandeiras de luta sem temer a repressão ditatorial. Dentre os mais variados movimentos emergentes desta época, destacamos o movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

[...] O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado “Movimento Sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área de saúde (GERSCHMAN, 1995, pág. 41).

O projeto de Reforma Sanitária surge a partir da insatisfação ao modelo privatista favorecido na época pelo governo vigente e que era financiado pelo setor público. Tal modelo gerou uma crise no sistema público de saúde, levando-o a falência e fazendo crescer a adesão á planos de saúde particulares por parte das classes mais abastadas.

Na tentativa de descentralizar o sistema de saúde da época, foi criado na Previdência Social, o Programa de Ações Integradas de Saúde, á fim de que houvesse o privilegiamento do setor público em detrimento ao privado, pretendia-se também instaurar um modelo de assistência ambulatorial, visando maior cobertura e melhor atendimento nos serviços. Ainda em alguns Estados e Municípios, houve a assinatura de convênios das Ações Integradas á fim de incentivar a gestão e participação popular nos serviços, na tentativa de descentralizar o Sistema de Saúde.

Oriundo do Movimento de Reforma Sanitária Italiana, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira buscava a igualdade de acesso e de tratamento para os usuários da saúde, através de um sistema público e que prestasse serviços de qualidade onde não houvesse diferenciação entre classes sociais, trabalhadores urbanos e rurais, desempregados e contribuintes ou não da Previdência Social, pois só tinha direito ao atendimento em saúde os trabalhadores que pudessem comprovar a sua condição de participantes do mercado de trabalho formal e de contribuinte da Previdência Social, e as pessoas que tinham condições de pagar por atendimento médico. Os demais que não se encaixassem no referido perfil dependiam das chamadas Santa Casa de Misericórdia para que pudessem ser atendidos e tratados em sua enfermidade, pois eram alijados de sua cidadania.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira tinha como algumas de suas propostas a saúde pública como direito de todo cidadão, a criação de um sistema de saúde público que permitisse a prevenção e a cura de doenças em um mesmo local, a

descentralização da gestão administrativa e financeira em âmbito municipal, estadual e nacional e o controle social¹ por parte dos usuários dos serviços de saúde.

“O projeto de Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização de saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, nesse sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente um dever do Estado. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção de doenças e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças [...] (GERSCHMAN, 1995, pág.42).

Em 1986, ocorre em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representa um divisor de águas para o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, pois foi através dela que surgiram importantes propostas que foram defendidas pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, e aprovadas como referências para a Constituição Brasileira de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a aprovação do projeto de Reforma Sanitária pela VIII Conferência de Saúde, formou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a fim de implementar o projeto de forma governamental. Em paralelo, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, com o objetivo de articular entidades da sociedade civil participantes da VIII Conferência, visando elaborar um Projeto Constitucional para ser apresentada à Assembléia Constituinte.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária – proposta pelo Ministério da Saúde como desmembramento da VIII Conferência Nacional de Saúde – previa uma composição paritária de entidades do governo e da sociedade. No entanto, sua composição não correspondeu ao peso real das associações da sociedade civil, ficando estas em minoria em relação aos organismos estatais e privados do setor de saúde. [...] (GERSCHMAN, 1995, pág. 43).

Com a formação da Comissão, a luta que ocorria pela implementação da Reforma Sanitária no âmbito social passou para o interior dos organismos estatais de saúde.

Entre a VIII Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 dois fatos marcantes ocorreram: a criação, em dez de julho de 1987, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – Suds, com o decreto presidencial de 20 de julho de 1987. (ANDRADE, 2007, pág. 37)

¹ Tema a ser tratado no Capítulo III.

A criação do SUDS

“contemplava: o encurtamento da máquina previdenciária de nível estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os Estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o setor privado.” (Escorel (1992) apud Gerschman (1995) pág. 38).

O CONASEMS foi de grande importância para o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, pois foi através dele que diferentes representantes da sociedade civil puderam se organizar na Plenária das Entidades de Saúde, na busca por um sistema descentralizado de saúde. Já o SUDS² – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, foi um projeto embrionário do que conhecemos hoje como SUS – Sistema Único de Saúde, e que tinha como objetivo principal a busca pela descentralização, integralização e controle social dos serviços de saúde. A partir da criação do CONASEMS e do SUDS, tendo por base as reivindicações do movimento sanitário, foi possível o surgimento de um sistema de saúde universal, garantido por lei e financiado pelo Estado. Com a Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 norteia o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde através de um Sistema Único de Saúde e, ainda, implementa o conceito de Seguridade Social composta pelo tripé Assistência Social, Saúde e Previdência Social, que tem por objetivo garantir a segurança do trabalhador bem como os seus direitos sociais.

Com a ascensão de Collor à presidência da República em 1990, houve a tentativa de desmonte das políticas sociais, através de práticas neoliberais voltadas para a baixa intervenção estatal na sociedade. O modelo econômico neoliberal que prometia ser a salvação dos países latino-americanos ganhou legitimização, porém não diminuiu a crise, pelo contrário, só a fez aumentar além de gerar mais desemprego, pauperismo e falta de investimentos.

Nesse contexto, as práticas neoliberais afetavam a participação da sociedade na política de saúde e a descentralização da mesma, fazendo com que a Reforma Sanitária caminhasse a passos lentos. Porém, mesmo sendo perpassada por uma série de dificuldades, foi possível a descentralização da política de saúde, conforme preconizava a Reforma Sanitária, fazendo com que a responsabilidade de gerir e financiar os serviços de saúde fosse repassado para os estados e municípios.

² Extinto após a criação do SUS.

As verbas referentes ao gerenciamento e financiamento dos serviços de saúde eram repassadas da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, através de convênios que, em sua maior parte, favoreciam estados e municípios de grande porte populacional e político e que tinham um grande poder de negociação com a esfera federal.

Criado pela Lei 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde – LOS, o Sistema Único de Saúde – SUS surge a partir da luta política dos mais diversos atores favoráveis à Reforma Sanitária. Conforme se dispõe em seu enunciado, a Lei 8080 “dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Na LOS a saúde é compreendida como um dever do Estado e direito de todo cidadão, sendo de responsabilidade do Estado garantir políticas econômicas e sociais capazes de reduzir os riscos de doenças e condições necessárias para que todos possam ter acesso a um serviço de saúde universal, igualitário e capaz de promover, proteger e recuperar a saúde do cidadão.

O Artigo 3º da LOS contém, em nossa opinião, um dos mais importantes pontos e que é passível de uma profunda reflexão crítica e analítica. O artigo diz o seguinte:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)”.

Ora, se na LOS se define padrões avaliativos de saúde, alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer entre outros, o que dizer de um cidadão que não tem acesso a um ou mais itens ou até mesmo todos desses quesitos avaliativos? Provavelmente que está doente, que não tem acesso à saúde de forma plena. Se partirmos deste princípio, nosso país e nossa população estão extremamente doentes e a deficiência do SUS é só a ponta de um iceberg gigante. Se os níveis de saúde são a expressão máxima de organização social e econômica de um país, somos desorganizados e extremamente pobres. Pobre não de recursos financeiros, pois temos a sexta maior economia do mundo, mais sim de cuidado com a saúde da população. É intrigante que um país cujo Estado se orgulha de ter a sexta maior economia do mundo não tenha “condições” de sustentar um sistema de saúde tão

grandioso e que não existe com uma configuração como esta em nenhuma parte do mundo.

Compreendemos que as práticas neoliberais impostas pelos diversos governos, desde a gênese da Reforma Sanitária até os dias atuais, dificultaram e dificultam a efetivação de um SUS universal, integral, igualitário, participativo e descentralizado. Partindo deste pressuposto, o SUS ainda não se encontra efetivado de fato, pois atende de modo pífio grande parte dos seus princípios, onde o que se encontra mais evoluído é o nível da descentralização e da universalidade.

A LOS traz em lugar de destaque outro ponto importante, que trata sobre a participação social na gestão dos serviços de saúde como forma de democracia, através de Conferências Nacionais de Saúde e de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Porém, após a criação da LOS, o tópico que trata da participação social na saúde foi vetado pelo presidente da época. Após um longo embate político, foi aprovada a Lei 8142/90, que tornava obrigatório a criação de conselhos estaduais e municipais de saúde e fundos de saúde financiado pela esfera federal. Em resposta a esta lei, o governo federal criou a partir de um decreto, a Norma Operacional Básica N° 1 do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS, que ditava os critérios para o repasse de recursos para os estados e municípios da União.

Indo contra a Constituição, criou-se um sistema de financiamento baseado na produção de serviços e com igualdade de pagamentos para os mais variados prestadores de serviços, fazendo com que aumentasse a corrupção do setor, pois os recursos destinados á saúde encontravam-se centralizados e geridos pelo INAMPS³, responsável pelo pagamento tanto dos serviços prestados na rede pública quanto por empresas privadas contratadas e/ou conveniadas para prestar serviços ao SUS. Ainda foi criada a Norma operacional Básica N° 2 do Sistema Único de Saúde, acrescentando a primeira o critério populacional para o repasse de recursos e o repasse automático destes aos municípios que estavam de acordo com as normas constitucionais para a gestão da saúde. O processo de constituição da Reforma Sanitária e de implementação do SUS foi e ainda é muito complexo, por conter uma série de avanços e entraves de diversas ordens, além dos mais diferentes atores políticos pró ou contra o seu surgimento efetivo.

³ INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Criado em 1974 pelo Regime Civil-Militar tinha como objetivo prestar atendimento médico aos trabalhadores formais contribuintes da Previdência Social. Durante o governo de José Sarney, o INAMPS deixa de pertencer a Previdência Social e passa a integrar o Ministério da Saúde.

O fato é que, por ser um processo grandioso em termo de objetivos a serem alcançados, conforme propunha o projeto de Reforma Sanitária, consideramos a implementação do SUS incompleta, pois com os mais diversos ataques neoliberais ao mesmo e que impediram a sua efetividade, desobedeceu-se o inciso primeiro do artigo 199 da Constituição de 1988 que diz:

”§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)”

O Sistema Único de Saúde – SUS foi pensado como um sistema grandioso, porém com as mudanças ocorridas na sociedade e na economia, surgiram mudanças significativas em sua gênese. Com a emergência do neoliberalismo na década de 90 e as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia dos países da América Latina, se intensifica o desmonte e a fragmentação de várias políticas sociais, dentre a qual destaco a política de saúde. Com a intensificação do capitalismo e a introdução das suas políticas excludentes, os grupos sociais mais pobres foram afetados, pois perderam ou viram serem reduzidos os seus direitos básicos como é o direito a saúde.

Segundo a Constituição de 1988, a saúde é um direito de todos, porem esse direito garantido por lei não é respeitado, pois como sabemos a saúde pública se encontra um caos e o SUS não dá conta de atender á todos de forma humanizada e conforme preconiza a lei, tal fato se deve ao desmonte da política de saúde.

Para garantir a reprodução do capital e a geração de lucros, o Estado passa a realocar os recursos públicos destinados as políticas sociais. O que antes deveria ser investido em sua totalidade em políticas sociais, como a de saúde, passa a ser investido em menor quantidade e grande parte dos recursos é realocado para o pagamento da dívida pública.

Através desta dinâmica, o Estado torna-se Mínimo para o social e Máximo para o capital. Ao minimizar-se para a população, oferecendo uma política de saúde ruim, focalizada, fragmentada e precária, o Estado garante a reprodução do capital, disseminando o discurso de que uma saúde particular ou a obtenção de um convênio de saúde garante o acesso á um atendimento melhor e mais eficaz de que o prestado pelo SUS. Sendo assim, o Estado se desresponsabiliza das respostas que ele deveria dar á

questão social e suas expressões⁴ e transfere esta responsabilidade ao “terceiro setor”. O termo “terceiro setor” surge pela primeira vez nos Estados Unidos, em uma época onde o voluntariado fazia parte da cultura política e cívica, e o seu conceito está ligado a responder os interesses de classe da burguesia.

“Assim, o termo é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado (“primeiro setor”), o mercado (“segundo setor”) e a “sociedade civil” (“terceiro setor”). [...]. Como se “político” pertencesse à esfera estatal, o “econômico” ao âmbito do mercado e o “social” remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista.” (MONTAÑO, 2008, pág.53).

Nas décadas de 1980 e 1990, há um crescimento do conceito de “terceiro setor”, na tentativa de ultrapassar as diferenças entre público e privado e igualar o público e o estatal. O termo “terceiro setor” ainda nos remete à filantropia, pois, as organizações que o compõe deveriam ser privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas e de associação voluntária voltada para a prestação de serviços sociais. Portanto, são consideradas entidades do “terceiro setor” ONG’s formais e informais, organizações da sociedade civil, instituições filantrópicas, associações comunitárias, profissionais, culturais, religiosas e etc., instituições políticas e econômicas, entre outras.

“[...] Esta proposta, que implica uma série de ações concretas e diretas dos/nos Estados “neoliberais”, tem como eixo central a passagem das “lógicas do Estado” para as “lógicas da sociedade civil”, ou, na equalização que faz a corrente liberal (cf. infra), para as lógicas do “mercado”.” (MONTAÑO, 1999, pág.54).

⁴ “A “questão social” diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formação regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. Envolve simultaneamente uma luta aberta e surda pela cidadania (IANNI, 1992). Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais.

É fato conhecido que historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo boco do poder, e, em, especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam com domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais-, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado de Providência ou Estado Social.” (IAMAMOTO, 2001, pág.17).

O neoliberalismo minimiza abruptamente o Estado, de modo que este deixa de ser o responsável por garantir a justiça e a seguridade social. Na visão neoliberal, o Estado ao promover a igualdade social, destruirá a liberdade individual, em suma, a liberdade de vender e comprar a força de trabalho ao menor preço possível facilitando a exploração do trabalho. Sendo assim, o papel do Estado é oferecer serviços para a população mais pauperizada, que não interessa ao mercado prover, dada a não lucratividade deste setor.

Para além do mercado e do Estado, existe o “terceiro setor”, de cunho não governamental, não lucrativo e voltado para a área social através de atividades públicas na esfera privada. A idéia do “terceiro setor” ser não governamental e não lucrativo é errônea, pois

“Estes “erros” são, na realidade, verdadeiras opções – e não mais erros conceituais e ingênuos – do projeto neoliberal. Resulta sugestiva a análise do fenômeno da privatização, onde o que realmente vem sendo “des-estatizado” corresponde, na sua maior parte, às empresas e/ou áreas empresariais públicas que são rentáveis e lucrativas (as que geram superávit), enquanto aquelas não rentáveis (que geram déficit ou superávit desprezíveis) podem, e devam, continuar no Estado. Vale dizer, aquelas empresas públicas (ou áreas delas) consideradas de interesse econômico – definido a partir do lucro – devem ser retiradas da órbita estatal, onde o controle e o lucro são regidos pela “lógica democrática”, e passadas à órbita da “sociedade civil”, “locus natural” da economia e onde o controle e o lucro de tais empresas (ou áreas) se submetem à “lógica da concorrência”. Por outro lado, aquelas empresas (ou áreas empresariais) do Estado consideradas de interesse social – por não serem lucrativas - podem e devem ser mantidas na órbita estatal, onde seus custos são socializados. O problema é que o seu interesse “econômico” ou “social” responde ao fato de serem rentáveis ou não. A argumentação é a de que o Estado deve se concentrar nos aspectos específicos a ele, nos aspectos “sociais” (marginais) e “políticos” (formais), e deixar a área empresarial (“econômica”) na órbita, “natural a ela”, do “livre” mercado, onde, obviamente, o Estado (com sua perigosa lógica que o legitima) não deve se intrometer.” (MONTAÑO, 1999, pág. 61).

Nesse paradigma neoliberalista, o Estado se afasta da esfera econômica e cede o seu espaço ao mercado, mas ainda continua a dar respostas à “questão social” através de políticas sociais precárias. Atualmente, as políticas sociais vêm sendo usadas como instrumento de ampliação da hegemonia burguesa objetivando, assim, um novo padrão de sociabilidade ideológica. Este novo padrão, apoia-se em um ideal que busca redefinir o projeto de sociedade através da dominação das classes subalternas e da legitimação social do capital para que haja ao mesmo tempo o crescimento econômico, um novo padrão de consciência política societária e a redução das desigualdades sociais.

Em busca de uma nova democracia, incentivam-se por meio dos aparelhos estatais e diversos organismos da sociedade civil a participação política societária na busca de soluções individuais para questões que são coletivas. Indivíduos que antes representavam a classe trabalhadora na luta por seus direitos passam a se engajar nas propostas neoliberais para a construção de uma nova sociabilidade através da participação voluntária e da disseminação de valores capitalistas.

Ao incentivar o voluntariado e a filantropia, o neoliberalismo fortalece o individualismo, sua marca registrada, e desvia a atenção das classes subalternas da exploração que sofrem por parte da burguesia bem como da luta por direitos sociais. É comum o uso da responsabilidade social por parte das empresas, que usam os seus empregados como voluntários para a realização de ações sociais, fazendo com que estes percam o antagonismo da luta de classes e se tornem colaboradores do capital. Os grandes parceiros para a divulgação deste tipo de voluntariado são a grande mídia, as escolas e as instituições religiosas, além das lideranças partidárias e as organizações não governamentais (ONG's).

O Estado então começa a intervir cada vez menos através dos serviços sociais, tornando-se um mero coordenador de atividades prestadas pelo “terceiro setor” e afins. Sendo assim, esta nova sociedade civil que se caracteriza pelo engajamento social voluntário e/ ou filantrópico, e pela falta de crítica as desigualdades sociais e ao capital, torna-se extremamente necessária a nova sociabilidade burguesa, que não encontra opositores ao seu modelo hegemônico de sociedade, que prima pela focalização, a fragmentação e a privatização de políticas sociais. A intervenção da sociedade civil nas políticas sociais visa a transformar o capitalismo neoliberal que é cruel, excludente e dominador em um capital mais humanista e voltado para a o bem social dos mais necessitados. Com a desresponsabilização do Estado com as políticas sociais, pode-se notar o crescimento da filantropia para os que realmente não podem pagar e um “inchamento” na demanda de atendimento na saúde privada para os que podem pagar. Tal fragmentação da saúde pública já começa a ter rebatimentos na saúde privada, que apesar de atender aos que tem condições de pagar, já começa a sofrer com a crescente falta de vagas e médicos, a partir daí podemos ver que a precarização da saúde financiada pelo Estado deu certo, por estar tendo um esvaziamento da rede pública para a privada, de tal ordem, que causa transtornos.

Outra prática adotada pelo Estado e que favorece a saúde privada é a crescente privatização de serviços prestados pelo SUS. Segundo a Constituição de 1988, o setor

privado é complementar ao SUS, porém, em tempos de desmonte da saúde, esta realidade se torna cada vez mais integral e menos complementar, pois é comum os governos não fazerem investimentos em equipamentos, infraestrutura e médicos tornando-o, assim, insuficiente, e firmarem convênios com o setor privado á fim de encaminhar esses usuários oriundos do SUS para hospitais e outros equipamentos de saúde privada. Ou seja, o serviço público é que passou a ser complementar ao serviço privado e não o contrário. Desde sua implantação até os dias atuais, a discussão em torno do SUS tem sido marcada pela existência de interesses antagônicos que dizem respeito tanto a sua gênese e formato quanto a concepção de o que se entende como saúde.

Fruto de lutas sociais e políticas, o SUS se consolida não só como uma política social, como também um direito que independente do acesso formal ou não ao mercado de trabalho, ao padrão socioeconômico ou qualquer outro quesito excludente ou classificatório que diferencie todo e qualquer cidadão brasileiro como passível ou não de direitos sociais. Exclui o direito de acesso á saúde como mercadoria e a eleva como bem de acesso universal e igualitário. Pensada como um direito social, o empoderamento da sociedade nela através de sua participação na gestão e no controle social da mesma a torna única no mundo e rompe a política clientelista e cooptativa tão famigerada no cenário nacional. Apesar das diversas tentativas de abafar o direito a participação social na política de saúde, a mesma se faz imprescindível para que haja a mudança social não somente nesta política, mais em toda sociedade.

A criação do SUS foi de grande importância, pois revolucionou o modelo de atenção á saúde antes existente, ao afirmar que saúde não se trata somente do processo de doença e tratamento de doença e sim de uma série de fatores que influenciam na vida da população como o acesso a habitação, educação, lazer, alimentação, saneamento básico entre outros. que constituem direitos humanos e não mercadorias ou bens de consumo. Apesar dos ajustes neoliberais sofridos pela política de saúde e que culminaram para as dificuldades que o SUS enfrenta hoje, este tende a se tornar grandioso se vencer todos os seus percalços.

1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Durante vários períodos da nossa história, o tratamento dado às pessoas portadoras de transtorno mental foram os mais diversos, pois não existia ainda uma Política de Saúde Mental voltada para o tratamento humanizado destas pessoas.

Na Grécia Antiga, a loucura era vista como algo divino e o louco era uma figura profética digna de adoração. Não se segregava os loucos e estes eram tratados como figuras divinas dotadas de poderes. Já na Idade Média, o louco era visto como possesso por forças diabólicas e a Santa Inquisição Católica julgava e condenava estas pessoas a morte em fogueiras ou a exibição em jaulas em plena praça pública. Na Europa da Idade Média e Renascença, os loucos eram segregados em prisões, proibidos de frequentar a igreja e muitas vezes açoitados publicamente.

Com a gênese do Iluminismo, no século VII, a religião perde representatividade na repressão da loucura e cede espaço para a segregação social de cunho econômico, voltado para o asilamento dos indivíduos improdutivos, assim, a loucura não era vista só como a perda da razão, mas também falta de moral. Ainda nesta época, surgem os primeiros manicômios responsáveis por abrigar todos os indivíduos indesejados para a sociedade. Os indivíduos mais perigosos eram amarrados em camas e paredes, todos permaneciam em condições sub-humanas sem nenhum tratamento médico ou terapêutico.

No fim do século VIII surge a Psiquiatria, cujo pai é Pinel, que inicia os loucos no tratamento medicalizado.

Pinel escreveu o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania”, no qual descreveu a especialidade médica que viria a se chamar psiquiatria. Ele elaborou a primeira classificação das enfermidades mentais e consolidou o conceito de alienação mental como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Além disso, Pinel foi responsável por determinar o princípio do isolamento para os alienados e instaurar o tratamento moral. (AMARANTE, 2007). (GUIMARÃES, 2011, pág.17).

Durante o Brasil Colônia, os loucos eram “tratados” por curandeiros ou padres jesuítas, a presença de médicos era coisa rara e os cirurgiões e barbeiros habilitados eram difíceis de encontrar. As famílias que possuíam condições enviavam seus loucos para hospitais particulares, onde eram submetidos a maus- tratos, condições insalubres e

espancamento por parte dos guardas. A mudança da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, causou mudanças da dinâmica da então colônia portuguesa e exigiu que esta se modernizasse para receber a monarquia e os investimentos porvindouros. O Decreto 82, de 1841, deu origem ao primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, em 1852, no Rio de Janeiro. Na época, o Hospital Pedro II representava uma importante estratégia para a política e a economia, pois era um momento de urbanização da cidade motivada pelo crescimento do mercado exportador de café, onde a presença de loucos e mendigos nas ruas eram prejudicial á economia.

Não se trata ainda de uma Política de Saúde Mental, porque a questão social como uma preocupação central do Estado, só se confirma a partir do século XX. A psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir. No século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral. (SILVA, BARROS e OLIVEIRA, 2002, pág.5).

No Brasil, somente no século XIX o fenômeno da loucura vira caso de Estado e as pessoas portadoras de transtorno mental são internadas em asilos ou manicômios. Esta forma de tratamento, dado a estas pessoas, configurou a primeira forma de “tratamento” da loucura, porem, a internação em asilos e manicômios não era voltado somente para os portadores de transtornos mentais mais também para mendigos, andarilhos, bêbados, vadios e todos aqueles considerados indesejáveis á sociedade. Era comum também o asilamento dos desempregados, pois estes eram considerados vagabundos e desocupados, inadequados à ordem vigente.

Em 1890, com a Proclamação da República, surgem as colônias para alienados. O psiquiatra Juliano Moreira foi o responsável por implementar uma série destes hospitais, quando foi diretor de assistência psiquiátrica no país, sendo que sua gestão durou de 1910 a 1930.

“As chamadas colônias constituíram uma modalidade terapêutica que tinha como propósitos estimular o portador de transtorno mental a desenvolver atividade laboral no campo, com vistas a diminuir o ônus que o Estado tinha com ele, buscar sua cura e integrá-lo por meio de uma perspectiva agropecuária. Juntamente às colônias, Juliano Moreira propunha a criação de um sistema de atendimento hétero-familiar, que consistia na inserção de alguns pacientes nos entornos residenciais familiares próximos das colônias, com suporte central dessas mesmas colônias para casos de agudização. No entanto, esse modelo, assim como as colônias, não deu certo, pois evidenciou ineficiência por meio de altas taxas de permanência nesse sistema e ausência de projetos terapêuticos de inclusão que iam além do fazer

cego e sem sentido do trabalho, com o objetivo de acalmar os pacientes (STOCKINGER, 2007).” (GUIMARÃES, 2011, pág.20).

Entre as décadas de 40 e 50, o uso de eletrochoque e de lobotomia era amplamente utilizado como tratamento terapêutico nos hospitais psiquiátricos, além de tratamento, os eletrochoques se constituíam como forma de punição e controle disciplinar. Ainda na década de 50, surgem as comunidades terapêuticas, voltadas para a ressocialização e o tratamento de pequenos grupos de pacientes hospitalizados, porém não superou o modelo assistencial psiquiátrico vigente.

“Com a difusão dos fármacos psicotrópicos, a degradação da assistência psiquiátrica no Brasil poderia ser detida, pois eles transformavam os portadores de psicose em pacientes ambulatoriais. No entanto, tal avanço implicou outra dificuldade, uma vez que o serviço público psiquiátrico se dividiu na assistência financiada pelo Estado e na mantida pela previdência social, que se multiplicou pela busca de lucro. Dessa forma, o portador de transtorno mental se tornou uma fonte lucrativa para empresários que viviam dessa condição (MIRANDA-SÁ, 2007). Para enfrentar esse problema, o plano da assistência pública direta apostou na ambulatorização do tratamento. Nas décadas de 1950 e 1960, esse recurso foi ampliado. Entretanto, o empenho não foi adiante porque o Estado Brasileiro era privatista nessa área e, por conseguinte, na assistência previdenciária, a hospitalização foi priorizada por ser mais lucrativa para quem a promovia. Esse fato se refletiu na assistência pública direta, uma vez que se tornou paradigma terapêutico para a sociedade e muitos terapeutas. Nessa época, ocorreu também a transferência de pacientes desospitalizados da rede pública para serviços de internação credenciados pela previdência (MIRANDA-SÁ, 2007).” (GUIMARÃES, 2011, pág.22).

Como forma de atenção dada aos portadores de transtornos mentais, os hospícios não representaram de fato uma mudança no tratamento, já que se configuravam como um espaço de violência asilar e segregação social. Apesar de terem se espalhado pelo país, os hospícios só existiam em grandes centros econômicos. Em outras regiões do país, a população carecia de assistência em saúde mental e cabia às famílias “controlar” os seus familiares portadores de transtornos mentais.

“Com a lógica do capitalismo já consolidada no Brasil em 1964, a psiquiatria passa a ter novas funções para o Estado: curar, recuperar a força de trabalho, abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal da saúde mental, auto-reproduzir o sistema de assistência e de setores da economia a ele ligados: hospitais privados, as indústrias farmacêuticas, etc.: bem como inculcar na sociedade normas de comportamento visando

homogeneizar as diferenças individuais, excluindo, portanto, os “desviados”, os diferentes. (RESENDE apud REIS, 2008, pág. 29)”.

De 1965 á 1970, há um crescimento na contratação de hospitais particulares por parte do Estado para a internação das pessoas portadoras de transtornos mentais, tal fenômeno é chamado de “indústria da loucura”. A partir de 1972, o Ministério da Saúde, em conjunto com outros países da América Latina, começa a esboçar os novos rumos de assistência às pessoas portadoras de transtorno mental no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica divide-se em dois momentos: de 1978 a 1991, voltada para a crítica ao modelo assistencial hospitalocêntrico, e o outro, de 1992 até hoje, caracteriza-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares.

Após a queda do Regime Civil-Militar, surge a possibilidade de mobilização e descriminalização dos movimentos sociais, o que dá início á gênese do movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo como ponto de partida o ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que a priori buscavam a democracia plena e uma sociedade mais justa, porem após, assume a ponta da humanização no tratamento e cuidado dispensado as pessoas portadoras de transtorno mental, a desmercantilização da loucura, a busca por condições decentes de trabalho nos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de Saúde Mental substitutivos ás internações psiquiátricas e o Movimento Antimanicomial⁵.

“O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania.” (ALVES, 2009, pág.93).

Advinda do movimento de Reforma Sanitária da década de 70, que visava mudança na gestão da saúde, defesa da saúde coletiva pública e de qualidade, imparcialidade nos serviços prestados, maior participação dos trabalhadores, usuários da saúde, famílias de usuários dos serviços de saúde e movimentos sociais nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um importante processo social e político, representante de uma verdadeira revolução no

⁵ Tema a ser abordado no Capítulo 3.

que diz respeito ao tratamento da pessoa com transtorno mental, pois defende e busca garantir a mudança no tratamento dos usuários, diminuindo progressivamente, até alcançar a exclusão total da prática de internação em hospitais psiquiátricos, o fim da violência asilar, a garantia dos direitos sociais e a necessidade de se criar dispositivos substitutivos a prática de internação psiquiátrica que oferecessem tratamento clínico e terapêutico, reinserção social e autonomia à pessoa portadora de transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica pretende demonstrar que é possível que as pessoas consideradas loucas possam assumir diversos papéis na sociedade, pois a doença não resulta apenas de uma contradição entre homem e meio natural, mas também entre indivíduo e sociedade, ou seja, o peso de assumir unicamente o papel de "doente mental" em uma sociedade é estigmatizante, assim ele deve ser reconhecido acima de tudo como indivíduo, sendo respeitadas as suas diferenças. [...] (OLIVEIRA, 2010, pág.16).

Na década de 80, a I Conferência Nacional de Saúde Mental repercute em novas práticas de saúde mental e psiquiatria brasileira, fazendo emergir novos modelos de atenção, representando uma efetiva mudança no modelo psiquiátrico tradicional como, por exemplo, o surgimento do primeiro CAPS no Brasil em 1986/1987. Já nos anos 90, a II Conferência Nacional de Saúde Mental aprova as diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica no âmbito da desinstitucionalização e da luta antimanicomial. Ainda na década de 90, a criação da Portaria 224/92 que institui o CAPS e que regulamenta todos os serviços de saúde mental, marcam uma nova era na Reforma Psiquiátrica.

O modelo de financiamento da Saúde Mental já modificado nessa época, através da Portaria SNAS (Secretaria Nacional de Assistência a Saúde) 189/91, muda o modelo de repasse de recursos por parte do Ministério da Saúde, que anteriormente só financiava as internações em hospital psiquiátrico e os procedimentos ambulatoriais. A mudança nos procedimentos de financiamento fomentaram o surgimento e a ampliação da rede extra-hospitalar de saúde mental.

“Para a OMS (2003), o financiamento em saúde mental deve considerar três recomendações chaves: a) recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o encerramento parcial de hospitais; b) investimento em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade, e; c) cobertura financeira de um certo nível de cuidados institucionais, depois de estabelecidos os serviços de base comunitária. Ou seja, construir uma transição adequada nos blocos de financiamento do Pacto, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários

continuem em expansão (enfrentando o desafio do acesso com qualidade). [...]” (GARCIA, 2011, pág.9).

No final de 2001, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo e legítima, definitivamente, o CAPS como estratégico para a mudança do modelo assistencial prestado as pessoas portadoras de transtorno mental no Brasil. De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, os leitos psiquiátricos ainda existentes no país vêm sendo fiscalizados, reduzidos programada e progressivamente todos os anos, principalmente após a implementação do Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)⁶ e do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH)⁷. Tal mudança é importante, pois os recursos do Estado que antes serviam para financiar a rede hospitalar agora são direcionados para a rede extra-hospitalar. A redução programada dos leitos psiquiátricos se deve, também, ao fato de haver a necessidade de criar dispositivos abertos de Saúde Mental substitutivos a internação, como é o caso das Residências Terapêuticas⁸.

Por representar um grande processo de mudança política e social, a Reforma Psiquiátrica é um movimento de avanços e retrocessos, pois sua gênese exige que ocorram as mais diversas e complexas transformações em diferentes âmbitos da sociedade. Transformações essas que exigem uma mudança de postura dos vários segmentos da sociedade, do Estado e do aparato estatal e político.

1.3 Os CAPS´s como espaço de superação da violência asilar

No contexto da Reforma Psiquiátrica, surgem os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial. Importantes equipamentos substitutivos a prática hospitalocêntrica, os CAPS configuram-se como serviços territoriais que buscam a reinserção do usuário na sociedade e sua autonomia, bem como a garantia de direitos e de cidadania.

⁶ O PNASH/Psiquiatria é um programa que tem como objetivo vistoriar os hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados ao SUS para avaliar a qualidade do atendimento prestado além de quantificar o número de leitos existentes em cada hospital, em cada município e em todo país. A avaliação do hospital permite a sua classificação em quatro níveis diferentes: os de boa qualidade de assistência, os de qualidade suficiente, aqueles de precisam de adequações e serão reavaliados e os de baixa qualidade que serão descredenciados pelo Ministério da Saúde.

⁷ O PRH é um programa que cria mecanismos de redução progressiva dos leitos psiquiátricos de forma que estes possam ser substituídos por instituições extra-hospitalares planejadamente.

⁸ A ser tratado no 1.3.

Regulamentados pela lei 224/92, os CAPS são definidos como um espaço intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação psiquiátrica.

Historicamente, há divergências sobre o ano de surgimento do primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial no Brasil. Algumas fontes citam o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, como o primeiro CAPS inaugurado no Brasil, em 1986, porém outras fontes citam como ano de inauguração 1987. Este CAPS, que hoje é conhecido como CAPS Itapeva, não era um serviço territorial, pois atendia a usuários de todo o estado a depender de sua capacidade de atendimento, e não tinha a responsabilidade de responder a todas as demandas recebidas, ao contrário do que ocorre atualmente. O CAPS surgiu não só como recurso substitutivo a internação psiquiátrica, mas também como serviço voltado a superar as limitações do ambulatório de saúde mental.

Os primeiros CAPS's que surgiram no país funcionavam de forma semelhante aos de hoje, com atendimentos diários, equipe multidisciplinar, oficinas terapêuticas, projeto terapêutico individual, espaços de convivência, atendimento individual e familiar, entre outros. Os CAPS's daquela época, não possuíam um número mínimo ou máximo de usuários que poderiam ser atendidos, pois o seu objetivo era um atendimento de qualidade e diferenciado à lógica hospitalar e ambulatorial. A experiência dos primeiros CAPS's provou que era possível proporcionar atendimento a pacientes graves de forma intensiva e ampliada fora de hospitais psiquiátricos.

Atualmente carro-chefe na assistência psiquiátrica brasileira, em sua gênese, os CAPS's não se configuravam como dispositivo substitutivo à prática hospitalocêntrica, por causa do baixo número de serviços existentes deste tipo. Eles eram uma estrutura intermediária e alternativa entre a internação psiquiátrica e o cuidado ambulatorial. Os avanços consolidados no atendimento dos primeiros CAPS's tornaram possível a sua efetivação como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos em um sistema público de saúde mental.

Com a promulgação da lei 10.216 em 2001, que regulamenta os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, e a extinção progressiva das internações psiquiátricas, o Ministério da Saúde passa a fiscalizar a redução dos leitos e hospitais psiquiátricos e a financiar os CAPS.

[...] “A implementação de uma política de promoção de direitos em saúde mental, comprometida com as necessidades da

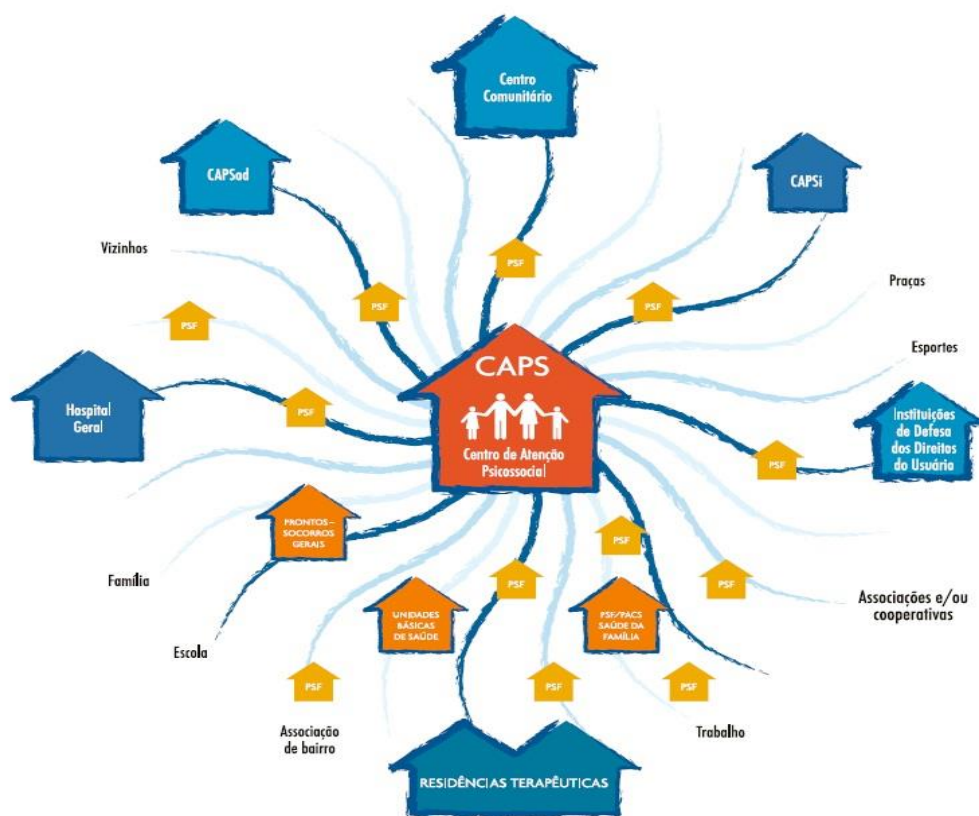
população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, dentro de uma lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica foi uma das principais contribuições da referida Lei.” (OLIVEIRA, 2007, pág. 703).

A Portaria 336/2002 traz significativas mudanças que afetam o funcionamento dos CAPS's, pois através dela foi possível regular o número de pacientes atendidos em cada CAPS a depender de sua classificação, o seu papel como porta de entrada da saúde mental em seu território e na rede de serviços de saúde mental, e a sua responsabilidade enquanto organizador da rede de serviços de saúde mental.

Os CAPS são a porta de entrada da saúde mental em seu território e cabe a ele organizar o atendimento as pessoas com transtornos mentais no município. Eles funcionam como dispositivos substitutivos à prática de internação psiquiátrica e realizam atendimentos diários clínico-terapêuticos promovendo a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais através de parcerias com a comunidade e com instituições diversas.

Como prioridade, os CAPS's devem atender “aos egressos de internação psiquiátrica, decorrentes de transtornos mentais e/ou pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como amplia a atenção á infância e adolescência” (OLIVEIRA, 2007, pág. 704). Porem, o CAPS também atende a usuários que nunca foram submetidos á prática da internação e que possuem transtornos mentais moderados a severos, persistentes ou não.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Ministério da Saúde

A missão institucional dos CAPS's é composta por um tripé interdependente entre si. O primeiro vértice aponta que o CAPS tem que cumprir sua dimensão de dispositivo de saúde pública, capaz de responder pela demanda emergente. O segundo vértice diz respeito ao papel de cuidar das pessoas portadoras de transtorno mental, fazendo com que a sociedade reconheça a especificidade dessas pessoas. E o último vértice corresponde ao de conduzir a formação de novos profissionais e transmitir a formalização da psicose, enquanto estrutura que deve ser considerada na sua especificidade pelos diversos níveis de abordagem do problema.

Atualmente, existem cinco tipos diferentes de CAPS e cada um deles atende a um determinado perfil de usuário, tendo sua capacidade de atendimento definida pelo número de pessoas residentes no município em que ele se encontra inserido.

O CAPS I funciona em municípios cuja população é de 20 a 70 mil habitantes e tem como público alvo adultos com transtornos mentais severos ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Sua equipe é composta por nove profissionais de nível médio e superior, funcionam cinco dias úteis por semana durante todo o dia, e tem capacidade de atendimento de até 240 pessoas por mês. Dentre os seus profissionais, segundo a

portaria 336/2007, deve haver obrigatoriamente um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou qualquer outro profissional que atenda ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio, como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS II funciona em municípios cuja população é superior a 70 mil habitantes, e tem como público alvo adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Sua equipe é composta por doze profissionais de nível médio e superior, funcionam cinco dias úteis por semana durante todo o dia, e tem capacidade de atendimento de até 360 pessoas por mês. Dentre os seus profissionais, segundo a portaria 336/2007, deve haver um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou qualquer outro profissional que atenda ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio, como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS III funciona em municípios cuja população é superior a 200 mil habitantes, e tem como público alvo adultos com transtornos mentais severos e persistentes e é capaz de fazer acolhimentos noturnos e internações de até sete dias. Sua equipe é composta por dezesseis profissionais de nível médio e superior, além de uma equipe noturna e de fim de semana, funcionam sete dias por semana, inclusive nos feriados, e vinte quatro horas por dia, e tem capacidade de atendimento de até 450 pessoas por mês. Dentre os seus profissionais, segundo a portaria 336/2007, deve haver dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou qualquer outro profissional que atenda ao projeto terapêutico e oito profissionais de nível médio, como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) funciona em municípios cuja população é superior a 200 mil habitantes, e tem como público alvo crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sua equipe é composta por onze profissionais de nível médio e superior, funcionam cinco dias úteis por semana durante todo o dia, e tem capacidade de atendimento de até 180 pessoas por mês. Dentre os seus profissionais, segundo a portaria 336/2007, deve haver um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro

profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou qualquer outro profissional que atenda ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médio, como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) funciona em municípios cuja população é superior a 200 mil habitantes e que é rota de tráfico de drogas, e tem como público alvo adultos que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas. Sua equipe é composta por treze profissionais de nível médio e superior, funcionam cinco dias úteis por semana durante todo o dia, e tem capacidade de atendimento de até 240 pessoas por mês. Dentre os seus profissionais, segundo a portaria 336/2007, deve haver um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou qualquer outro profissional que atenda ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio, como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III (CAPSad III), foi criado a partir do ano de 2012 pela Portaria 130⁹, funciona em municípios cuja a população gira em torno de 200 a 300 mil habitantes, tem como público alvo usuários de crack, álcool e outras drogas e pode atender crianças e adolescentes em conjunto ou separadamente. Sua equipe é composta por 18 profissionais de nível médio e superior, cuja é obrigatória a presença de um médico clínico, um médico psiquiatra, dois enfermeiros sendo que um enfermeiro deve ter experiência ou formação em saúde mental, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um pedagogo, um educador físico, quatro técnicos de enfermagem, quatro outros profissionais de nível médio e um profissional de nível médio para executar atividades administrativas, funcionam sete dias por semana, inclusive feriados, durante vinte quatro horas por dia. O serviço poderá atender até sessenta pessoas por dia, totalizando até 420 atendimentos por mês.

Nos municípios com menos de 20 mil habitantes que não possuem CAPS, deve haver um serviço de saúde mental que desenvolva com o programa Estratégia da

⁹ A Portaria 130/2012 redefine a nomenclatura e o funcionamento do CAPS 24hs para CAPSad III e direciona o seu atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de instituir uma linha de financiamento para este.

Família (antigo PSF), em parceria com a equipe de Atenção Básica, o atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental ali existentes.

Geralmente, o CAPS é formado por uma equipe interdisciplinar, ou seja, formada por profissionais das mais diversas áreas, que desenvolvem seu trabalho em conjunto na perspectiva de superação de saberes profissionais, horizontalização das relações de poder, além é claro, do melhor modelo assistencial terapêutico possível para o usuário.

Assim entendidas, não basta reunir um grupo de profissionais para se ter uma equipe transdisciplinar. A interdisciplinaridade é coletivamente construída, a partir de projetos políticos, teóricos e profissionais que precisam ao menos seguir a mesma direção, não objetivando o consenso, mas para se promover o diálogo, a troca de experiências e a horizontalização das relações de poder. Contudo, é importantíssimo salientar que o trabalho interdisciplinar não elimina as especificidades e competências das diferentes áreas. [...] (REIS, 2007, pág.57).

Dependendo da patologia do usuário e de seu projeto terapêutico, o CAPS deve oferecer, de acordo com a Portaria GM 336/2002¹⁰, os seguintes tipos de atendimento:

Atendimento intensivo: constitui-se como atendimento diário proporcionado às pessoas portadoras de transtorno mental grave, passíveis de crise psiquiátrica, em situação de vulnerabilidade social, dificuldades intensas no convívio social e familiar e que precisam de atenção contínua e diária. Tal atendimento, se necessário, pode ser domiciliar.

Atendimento semi-intensivo: trata-se de atendimento prestado às pessoas portadoras de transtorno mental por até doze dias por mês e que ocorre, geralmente, quando o usuário está mais estabilizado psicologicamente, mas ainda precisa de atenção. Este atendimento também pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo: é o tratamento destinado à pessoa que é capaz de desenvolver as suas atividades cotidianas como trabalho e estudo, por exemplo, sem maiores dificuldades. O atendimento é prestado três dias por mês e também pode ser domiciliar.

Ainda como dispositivos substitutivos à prática hospitalocêntrica e de atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental existem:

Centros de Convivência e Cultura – são dispositivos públicos que compõem a rede extra-hospitalar de saúde mental e funcionam como espaços de socialização, produção

¹⁰ A sigla GM significa Gabinete do Ministro.

de cultura e de intervenção no espaço urbano. Não há atendimento terapêutico e esses espaços só existem em cidades cuja população é superior a 200 mil habitantes.

SRT – Serviço Residencial Terapêutico, que oferece moradia no espaço urbano para pessoas portadoras de transtorno mental grave, sendo estas egressas ou não de internação psiquiátrica. O SRT é um equipamento de saúde que tem como objetivo reintegrar estas pessoas ao convívio social, através da circulação no espaço urbano e da garantia de direitos. Cada SRT pode abrigar até oito pessoas e possui características únicas que respeitam as necessidades, os gostos, os hábitos e a dinâmica de seus habitantes, além disso, cada SRT deve estar vinculado a um CAPS e ter um cuidador para auxiliar seus moradores em sua (re) inserção social. O SRT existe em cidades que possuem ou possuíram hospitais psiquiátricos e acompanham a desativação destes hospitais. Atualmente no Brasil, segundo o DATASUS (2012) em parceria com o Ministério da Saúde, existem 625 SRT em funcionamento, que beneficiam cerca de 3.470 pessoas.

Programa de Volta para Casa – instituído pela Lei 10.708/2003, o programa oferece um auxílio de reabilitação psicossocial no valor mensal de R\$ 240,00 para pessoas portadoras de transtorno mental egressos de internações psiquiátricas, de dois anos ou mais, como forma de integração e acompanhamento social. Para ter acesso ao auxílio, o usuário deve estar inserido em algum dispositivo de saúde mental e estar incluso em programa municipal de reintegração social. O Programa de Volta para Casa atende a Lei 10.216/2001 que

Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. (BRASIL, 2001).

Dentre os serviços prestados em um CAPS, encontram-se as oficinas terapêuticas voltadas para a geração de renda, alfabetização e de expressão plástica, verbal e/ou musical, tratamento psiquiátrico, psicológico, social e medicamentoso, atendimento individual, familiar, grupal e/ou comunitário, assembleias, reuniões, atividades sociais, culturais e/ou comunitárias, visitas domiciliares e institucionais.

Segundo dados do DATASUS (2012) em parceria com o Ministério da Saúde, no ano de 2011 existiam em todo Brasil cerca de 1.742 CAPS, sendo classificado como CAPS I 822 serviços, como CAPS II 431 serviços, como CAPS III 63 serviços, como CAPSi 149 serviços, como CAPSad 272 serviços e como CAPSad III 5 serviços. Os

números mostram uma evolução no surgimento de CAPS no país se comparado com o ano de 1989, quando em todo país existiam apenas 10 destes serviços. Tal evolução representa uma vitória para o movimento da Reforma Psiquiátrica, pois demonstra que no quesito de dispositivos substitutivos a prática hospitalocêntrica está ocorrendo uma mudança no modelo assistencial terapêutico dado à pessoa portadora de transtorno mental. Porém, em alguns estados ou locais da federação, como é o caso do Distrito Federal, existe pouca oferta de serviços substitutivos a prática hospitalocêntrica, o que demonstra a fragilidade da Política de Saúde Mental nestes territórios.

O financiamento dos CAPS's, substitutivos ao hospital psiquiátrico, também é um ponto importante a se considerar, pois impulsionou a implementação de tais equipamentos no território nacional, uma vez que o Ministério da Saúde proporcionou incentivos financeiros a estes, fazendo surgir um considerável número de equipamentos de Saúde Mental. Os CAPS's criados até julho de 2008, segundo o Ministério da Saúde, eram financiados por produção, via FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação¹¹ porém com a aprovação da Portaria 3.089/2011¹², os CAPS's criados depois desse período recebem um valor fixo de financiamento. Ou seja, existem em vigor dois tipos de financiamento para os CAPS's a depender de seu ano de implantação, cuja diferença de valores investidos pode variar até quase 50% conforme ilustra a tabela.

Tipo de CAPS	Valor Vigente (R\$)	Valor Médio Pago (até 2008, em R\$)	Diferença entre o Valor Pago e o Valor Vigente (%)
CAPS I	21.804,00	17.692,63	- 18, 86
CAPS II	32.000,00	24.529,61	-23,34
CAPS III	45.000,00	33.303,61	-26, 00
CAPSi	32.000,00	16.083,89	- 49,73
CAPSad	32.000,00	17.756,98	- 44,51
CAPSad III	60.000,00	-	-

A Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS's e de tantos outros dispositivos de saúde mental são um marco no enfrentamento da violência asilar e na forma de

¹¹ Criado pela Portaria 531/99, o FAEC visa maior equidade na distribuição de recursos federais para os estados e municípios do Brasil.

¹² Portaria que institui uma nova modalidade de financiamento para os CAPS's.

tratamento dada ao portador de transtorno mental. Apesar de existir este movimento de reinserção e resocialização do portador de transtorno mental na sociedade, nota-se que ainda há um grande preconceito com eles, pois por muito tempo acreditou-se no perigo que eles representavam e na incapacidade destes terem uma vida em sociedade, por não terem condições psicológicas para o convívio com outras pessoas. Os portadores de transtorno mental ainda são muito rejeitados pela sociedade e não recebem a devida atenção pelas autoridades públicas. Eles podem circular livremente pelo espaço urbano da cidade, mas não tem direitos básicos de cidadania como, por exemplo, acesso ao mercado formal de trabalho.

Nesse sentido, os CAPS's são um importante dispositivo tanto no cuidado com o portador de transtorno mental quanto na formação de consciência política e social dos usuários. Um exemplo são as diversas associações de portadores de transtorno mental, familiares e trabalhadores da Saúde Mental que buscam sua representatividade na sociedade através do reconhecimento de seus direitos através dos movimentos sociais e controle social. A sociedade costuma classificar a pessoa portadora de transtorno mental como louco, diferente, que não atende aos padrões postos de normalidade ou que tem um comportamento próprio não seguindo as tendências societárias. O que pode ser normal na concepção pessoal de alguém pode não ser na concepção da sociedade e é a partir daí que surge a estigmatização e a busca do encaixe do ser humano a um determinado padrão social. O mesmo ocorre com as pessoas portadoras de transtornos mentais que são taxadas e colocadas á margem da sociedade.

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter contribuído para a mudança no tratamento clínico das pessoas com transtornos mentais, retirando elas dos locais de internações, exclusão e maus tratos, ela não foi total e revolucionária no que diz respeito a relação do sujeito com a sociedade, já que ela continua usando os mesmos paradigmas excludentes e preconceituosos. Em uma sociedade capitalista, onde as relações sociais giram em torno da lógica padronizadora, estereotipizadora, é comum ver o que não se encaixa no comportamento humano ser considerado como anormal e passível de intervenção apropriada. Geralmente não se analisa qual é a parcela de contribuição do modo societário capitalista na loucura, uma vez que vivemos em um sistema alienante e cruel, onde tudo gira ao redor dos meios de produção e das relações construídas por meio do trabalho e da sua exploração.

No capítulo seguinte, apresentaremos os motivos que nos levam a acreditar que a Reforma Psiquiátrica tem um longo caminho a percorrer, pois se foi possível a redução

das internações psiquiátricas e a volta desses usuários para o convívio familiar, ainda não é possível levá-los de forma integral para o convívio em sociedade.

CAPÍTULO II

OS DIREITOS SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

2.1 A Lei 10.216/2001

No ano de 1989, o Deputado Paulo Delgado cria um projeto de lei sob o número 3.657/89, voltado para a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, a regulamentação das internações psiquiátricas compulsórias e o tipo de assistência a eles prestada, tendo como principal eixo a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos a lógica hospitalocêntrica.

Oriunda do projeto de lei 3.657/89, a Lei 10.216/2001¹³ passou por mudanças em seu texto original, principalmente no tocante as internações em hospitais psiquiátricos, que deixam de ser o único tratamento possível para as pessoas portadoras de transtorno mental e passam a ser o último recurso a se implementar quando os outros recursos forem insuficientes ou ineficientes.

Além da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e da criação de serviços substitutivos a estes, a lei ainda previa que o convívio social, familiar e no mundo do trabalho era uma forma importante de recuperação para as pessoas portadoras de transtorno mental, contrariando assim o que ocorria antes da Reforma Psiquiátrica, onde tais indivíduos eram isolados de todas as formas, quando trancafiados em hospitais psiquiátricos. Outros pontos importantes são quanto às formas de ambiente e tipo de tratamento prestado, onde o ambiente deve ser terapêutico e o tratamento menos invasivo possível, contrariando a lógica anterior á Reforma, onde o ambiente era o pior possível e o tratamento extremamente invasivo, através de choques elétricos e outros que constituíam-se como verdadeiras torturas, ao invés de um tratamento efetivo e qualificado.

Ainda é importante salientar que, caso necessário, a internação psiquiátrica só poderá ocorrer em hospitais psiquiátricos que não tenham características asilares e que ofereçam assistência integral as pessoas portadoras de transtorno mental, através de tratamento médico, psiquiátrico, assistencial, ocupacional, de lazer entre outros, pois antes da Reforma Psiquiátrica tais hospitais caracterizavam-se por serem verdadeiros depósitos humanos, onde os usuários ficavam ao longo de sua internação ociosos e

¹³ Em anexo.

desassistidos pelos profissionais ali presentes e expostos aos mais diversos riscos de saúde e de vida.

A Lei traz inovações no sentido do tipo de assistência dada e da garantia de direitos sociais as pessoas portadoras de transtorno mental, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica que, com a aprovação da mesma, tem respaldo legal para fazer valer seus direitos. A aprovação de Lei tem vários aspectos importantes, porém os fatos apontados acima são um verdadeiro diferencial no que diz respeito às formas de tratamento dado as pessoas portadoras de transtorno mental, reconhecendo assim, a importância do tratamento humanizado e efetivo, além da centralidade na ressocialização.

Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde passa a ser o órgão responsável pela formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental, e tem na Coordenadoria Nacional de Saúde Mental a sua principal gestora, incumbida de fazer valer os paradigmas da Reforma Psiquiátrica, mesmo antes da promulgação da Lei 10.216/2001.

Considerando o financiamento global da saúde mental no SUS, este cresceu nos últimos 10 anos. Foi, porém, a partir da lei 10.216, de 2001, que uma inflexão visível se estabeleceu: os recursos foram migrando do hospitalar para o extra-hospitalar, como manda a mudança do modelo, de tal modo que, no final de 2006, pela primeira vez, o componente territorial e comunitário (CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, centros de convivência) superou o hospitalar. (GARCIA,2011,Pág.7).

A Lei 10.216/2001 constitui parte importante da Política Nacional de Saúde Mental, pois

“É no contexto da promulgação da lei 10.216/2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.” (BRASIL, 2005).

Este projeto de lei foi alvo de intensos debates entre os parlamentares do Congresso Nacional e diversos segmentos da sociedade civil, pois havia em seu texto um ponto polêmico que abordava a extinção dos hospitais psiquiátricos. Como a época grande parte dos hospitais psiquiátricos eram particulares, e recebiam noventa por cento de suas verbas do SUS, houve um conflito de interesses na tentativa de se evitar a mudança de um modelo hospitalocêntrico de tratamento para um modelo aberto e territorial.

Durante doze anos este projeto de lei tramitou no Congresso Nacional até ser aprovado em 06 de abril de 2001, sob uma nova roupagem que atendia aos conflitos de interesses dos hospitais psiquiátricos particulares. Com relação ao projeto original da Lei em 1989, e a aprovação final da Lei em 2001, há uma discrepância importante que diz respeito aos manicômios. Estes deveriam ser extintos e o Estado não poderia construir e muito menos contratar leitos psiquiátricos, porem o texto aprovado em 2001, só aponta que o modelo assistencial psiquiátrico deve ser redirecionado sem apontar em que direção, gerando assim, antagonismos na forma de assistência prestada. A partir daí, como vimos, a internação psiquiátrica só ocorrerá em última instância, quando não houver mais opções de tratamentos possíveis e efetivos para as pessoas portadoras de transtorno mental, ocasionando assim, a necessidade de internação psiquiátrica em hospitais psiquiátricos particulares.

Atualmente observamos um acelerado crescimento de internações psiquiátricas compulsórias, principalmente em hospitais e clínicas psiquiátricas particulares, de usuários de drogas ilícitas¹⁴ que não tem o seu direito de tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) respeitado, pois o Estado só enxerga como opção a internação. Vêm sendo promovido pelo Estado uma verdadeira “limpeza” do espaço público urbano através de ações opressoras, desumanas e segregadoras de “acolhimento e tratamento” das pessoas portadoras de transtorno mental, como usuários de drogas ilícitas e pessoas em situação de rua que possuem algum outro tipo de transtorno mental, que são retiradas dos grandes aglomerados humanos presentes nas Cracolândias (como são popularmente conhecidas as áreas onde se aglomeram os usuários de drogas e os vendedores varejistas destas mercadorias) e ruas pelo país todo, dispersadas pelo espaço urbano ou removidas por equipamentos do Estado para “tratamento”. Tratamento este feito em clínicas e hospitais geralmente afastados dos grandes centros urbanos, com profissionais despreparados, espaço institucional inadequado e/ ou insalubres, com ênfase no uso de medicamentos psicotrópicos dopativos, práticas asilares e segregativas e sem o direito de convívio social e familiar.

¹⁴ Os usuários de drogas lícitas e ilícitas são considerados pessoas portadoras de transtorno mental. Tal classificação se deve ao fato destas pessoas fazerem uso abusivo e compulsivo de substâncias que causam dependência física e psíquica. De acordo com o CID 10 (Código Internacional de Doenças) de 1993, “o abuso de substância consiste no seu uso repetitivo acarretando consequências adversas, recorrentes e significativas, afetando muitas vezes as atividades relacionadas ao trabalho, casa e escola.”

O fato de estas pessoas serem internadas em hospitais e clínicas psiquiátricas particulares não garante a efetividade e muito menos a qualidade do tratamento prestado, uma vez que somente o fato de ter sido “tratado” em um espaço particular não significa que a sua condição foi superada, pois é preciso um espaço complementar, como os CAPS’s, para a continuidade do tratamento e (re) inserção social. A internação psiquiátrica involuntária e compulsória constitui uma das maiores, senão a maior violação de direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, por se constituir como um espaço de asilamento e não de tratamento, onde estas pessoas tem a sua integridade física, sua saúde e sua vida sob risco permanentemente, por restringir o direito de circulação livre dos cidadãos, por ocultar o direito a informações sobre o seu diagnóstico e de participação ativa em seu tratamento.

Partindo do princípio das internações compulsórias, estas não visam a recuperação destas pessoas, uma vez que faz uso de aparatos repressivos do Estado como, por exemplo, a polícia que faz da truculência uma forma de legitimar-se e impor o seu poderio escamoteado no discurso da periculosidade destas pessoas para sociedade e para si mesmas. Atualmente, tramita no Congresso um projeto de lei que propõe a internação compulsória sem a necessidade de ação judicial¹⁵ e que se aprovado irá incentivar as internações em larga escala como o único tratamento possível. Corre-se o risco, a partir daí, de pessoas que não são dependentes químicos e que fazem uso de drogas sem desenvolver dependência, serem internadas compulsoriamente sem necessidade. Ou, para além disso, usuários de drogas lícitas, a exemplo do álcool, e que fazem uso abusivo, serem internadas também por serem consideradas fora de sua razão. A miserabilidade dos sujeitos e o fato de existirem pessoas em situação de rua também é um agravante da situação, pois o Estado enxerga a droga como causadora disto e não como consequência.

A internação psiquiátrica compulsória, como salientado anteriormente, pode não ser um método efetivo de tratamento pela maneira que se dá e por outro fator de extrema importância, que é a aceitação por parte do usuário deste tipo de intervenção. Pesquisas recentes¹⁶ mostram que 98 % das pessoas internadas compulsoriamente reincidem no uso de drogas. Acreditamos que tal fato se dá também por estes egressos

¹⁵ Projeto de Lei nº 3.365/2012 de autoria do Deputado Eduardo da Fonte (PP-PE).

¹⁶ Pesquisa realizada pelo psiquiatra e coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) Dartiu Xavier da Silveira, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e divulgada no site da revista Scientific American em abril de 2012.

das internações não encontrarem um tratamento terapêutico de apoio (CAPS's) após saírem.

Outro fato que merece ser considerado é o número de vagas em leitos que o Estado dispõe em clínicas e hospitais psiquiátricos particulares. Se o Estado é simpático à idéia de internar compulsoriamente as pessoas que fazem uso de droga e não dispõe de vagas nem para as internações voluntárias como é possível fazê-lo? Talvez, a idéia central de tal proposta estatal não seja tratar estas pessoas como amplamente difundido e sim segrega-las e retira-las do espaço urbano durante os eventos (Copa do Mundo de Futebol e Olimpíadas) que acontecerão no País. Notemos que, a mídia brasileira e mundial difunde amplamente, que nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, estão sendo executadas estas operações de grande porte, pelo fato de tais estados serem passíveis de receber o maior número de visitantes estrangeiros para os eventos e por serem grandes unidades federativas econômica e turisticamente.

Constitui-se, assim, uma violação dos direitos garantidos por Lei das pessoas portadoras de transtorno mental apoiada pelo Estado, que ao deixar de investir em equipamentos de saúde mental substitutivos aos hospitais e financiar a rede hospitalar privada, gera a exclusão dessas pessoas e retrocede em conquistas tão importantes representadas pela Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/2001, remontando as práticas preconceituosas e excludentes da gênese da Política de Saúde Mental dos séculos anteriores, quando todos aqueles que fossem considerados pelo Estado como inapropriados para circular pelo espaço urbano eram recolhidos e asilados em hospitais psiquiátricos, a sorte de todo tipo de violência e desrespeito aos direitos humanos.

O Estado ainda tenta se desresponsabilizar pelos usuários de drogas, quando os encaminha para serviços filantrópicos de recuperação. Segundo dados da revista *Época* (agosto de 2011), só no estado do Rio de Janeiro gasta-se, em média, R\$ 3 mil/ mês com cada internação psiquiátrica compulsória. Tal tratamento, dado a estas pessoas portadoras de transtorno mental, é propício e lucrativo aos hospitais e clínicas particulares, que recebem incentivos públicos de alto valor por cada internação realizada. O sistema privado de saúde, que deveria ser complementar ao SUS, torna-se parte integrante e contínua dele, enquanto o SUS torna-se complementar ao sistema privado de saúde caracterizando, assim, uma inversão de valores das Leis 8.080/ 90 e 10.216/2001. Sob essa nova perspectiva, o SUS seria suplementar ao sistema privado de saúde onde o direito a saúde seria uma mercadoria a ser consumida.

“Nesse ponto importa pensar que, se a atividade privada não perecerá e irá conviver com a pública no mesmo espaço social de garantias de direitos – a atividade privada terá, de fato, de ser complementar e não substitutiva do Estado. E essa complementaridade precisa ser consubstanciada em ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços que de fato sejam capazes de manter o controle do Poder Público sobre o setor privado complementar. É preciso encarar essa realidade e regulá-la em prol do interesse público.” (SANTOS, 2012).

Sendo assim, faz-se mister concluirmos que

“Tal processo evidencia a disputa em torno de dois projetos societários: o da reforma sanitária (cabe ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social), e o modelo médico assistencial privatista estruturado em concepção da democracia restrita (restrição dos direitos sociais e políticos com a concepção do Estado mínimo). Este modelo defende que “o enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (BRAVO, 2009, p. 9). As necessidades de financiamento e gestão da política de saúde são desafios colocados no contexto de reestruturação do Estado que retira direitos sociais, compromete os princípios de justiça social e reduz o seu papel, comprometendo as diretrizes que orientam a consolidação do SUS.” (GARCIA, 2011, pág. 02).

Em todas as políticas sociais, incluindo a Saúde e especificamente na área da Saúde Mental, a descentralização dos serviços de saúde tem um alto impacto, pois a contenção de custos e eficiência nesta área não rimam, já que as pessoas portadoras de transtorno mental são pacientes crônicos e precisam de tratamento efetivo e de qualidade, muitas vezes prejudicados por essa lógica que faz uso de prestadores de serviços públicos e privados que não possuem vínculos permanentes com os dispositivos de saúde mental e que podem desfalca-los a qualquer momento.

A questão do financiamento da saúde mental se resume em uma frase de Carvalho (2010) “o destino do dinheiro mostra o caminho da política”. Se considerarmos o financiamento global da saúde, o financiamento da saúde pública tal como implementado no contexto de restrição do Estado nas políticas sociais se choca diretamente com o interesse do SUS como uma política universal. Ou seja, “o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do FMI, que exige corte nos gastos e

superávit primário elevado” (MARQUES, MENDES, 2005, p. 170). (GARCIA, 2011, pág. 18).

A Lei 10.216/2001 vem para assegurar o principal paradigma da Reforma Psiquiátrica, que é a liberdade de tratamento da pessoa portadora de transtorno mental. Liberdade no sentido de poder ser reinserido ou inserido na sociedade através de serviços de tratamento psicossociais abertos, como é o caso dos CAPS's, que possibilitam a estas pessoas a superação do espaço dos hospitais psiquiátricos criados somente para “esconde-los” da sociedade e onde muitas vezes passavam pelos mais diversos tipos de violência, de negação do convívio social sem nenhuma perspectiva de superação de sua condição mental e de tratamento inadequado e ineficaz. Apesar da Lei 10.216/2001 ser bem clara quanto aos direitos sociais das pessoas portadoras de transtornos mentais, percebemos que estas frequentemente têm sua cidadania negada pela sociedade em geral e principalmente pelo Estado¹⁷.

2.2 Direitos sociais: A Acumulação de capital como fator determinante da violação de direitos

Para discutir a violação de direitos é necessário compreender que ela está intrinsecamente ligada à questão social e ao modo que o Estado burguês dá respostas precarizadas e fragmentadas as suas manifestações.

“Falar sobre direitos e sua relação com a totalidade da vida social pressupõe considerar os indivíduos em sua vida cotidiana, espaço-tempo em que as expressões da questão social se efetivam, sobretudo, como violação dos direitos. A vida humana não é a mera reposição aleatória dos indivíduos ou explicitação de uma essência natural, mas expressa, além das respostas às demandas imediatas, vínculos com a produção da vida genérica, vida essa que se caracteriza pelo fato de os indivíduos serem relacionais, diversos e interdependentes.” (BEHRING e SANTOS, 2006).

Na sociedade capitalista, as relações sociais se dão sob a mediação do consumo, onde todos se relacionam a partir do mercado e da falsa sensação de liberdade existente neste tipo de sociedade. Falsa liberdade, pois não há a liberdade dos sujeitos como seres historicamente constituídos e sim liberdade para vender e comprar a força de trabalho e obter lucros através da exploração. Para tanto, a noção de individualidade que os indivíduos têm na sociedade capitalista é necessária, por ser escamoteadora da realidade

¹⁷ Tema a ser discutido no 2.3.

social vigente e igualar socialmente classes sociais que são desiguais, partindo do princípio da cidadania, constituída por um conjunto de direitos e deveres, sob o qual todos são iguais perante a lei.

“A liberdade, por conseguinte, é o direito de fazer empreender tudo aquilo que prejudique os outros. O limite dentro do qual todo homem pode mover-se inocuamente em direção a outro é determinado pela lei, [...]. Todavia, o direito do homem á liberdade não se baseia na união do homem com o homem, mas pelo contrário, na separação do homem em relação ao seu semelhante. A liberdade é o direito a esta dissociação, o direito do indivíduo delimitado a si mesmo. A aplicação prática do direito humano da liberdade é o direito humano á propriedade privada.” (MARX, ano, pág. 31).

O homem, ao possuir uma propriedade privada, tem o direito de usufruir dela do modo que lhe for mais conveniente, sem importar-se com os outros ou com a sociedade, sendo assim, a sua individualidade e o seu direito privado são um dos pilares da sociedade burguesa. Deste modo, os indivíduos na sociedade burguesa não encontram a sua liberdade na relação com outros homens e sim o cerceamento desta.

Falsa liberdade, pois não há a liberdade dos sujeitos como seres historicamente constituídos e sim liberdade para vender e comprar a força de trabalho e obter lucros através da exploração. Para tanto, a noção de individualidade que os indivíduos têm na sociedade capitalista é necessária, por ser escamoteadora da realidade social vigente e igualar socialmente classes sociais que são desiguais, partindo do princípio da cidadania, constituída por um conjunto de direitos e deveres, sob o qual todos são iguais perante a lei.

Ao conceder tratamento igual aos desiguais, o direito, na sociedade capitalista, torna iguais todos os agentes da produção, reconhecendo-os na condição de sujeitos individuais e de direitos... Isso porque quando reconhece os agentes da produção como sujeitos iguais, na verdade, efetiva-se aí um modo particular de ordenar e disciplinar os conflitos sociais. Entram em cena dispositivos normativos e ideológicos que servem ao processo de naturalização das relações econômicas e de classe, na medida em que os indivíduos são tratados de modo genérico, destituídos das relações reais e históricas que vivenciam. (BEHRING e SANTOS, 2006)

Nessa perspectiva, a conquista de direitos está intimamente ligada aos interesses de classes opostas e que tem objetivos diferentes, onde geralmente prevalecem os interesses do capital e não do proletariado. Isso significa dizer que

“quando os direitos são conquistados e regulados na forma da lei, isso não significa a superação nem da desigualdade social nem das formas

de opressão vigentes na vida cotidiana”. (BEHRING e SANTOS,2006).

Ou ainda que,

“Nenhum dos chamados direitos humanos ultrapassa, portanto, o egoísmo do homem, do homem como membro da sociedade burguesa, isto é, do indivíduo voltado para si mesmo, para seu interesse particular, em sua arbitrariedade privada e dissociado da comunidade. Longe de conceber o homem como um ser genérico, esses direitos, pelo contrário, fazem da própria vida genérica, da sociedade, um marco exterior aos indivíduos, uma limitação de sua independência primitiva. O único nexos que os mantém em coesão é a necessidade natural, a necessidade e o interesse particular, a conservação de suas propriedades e de suas individualidades egoístas.” (MARX, ano, pág.33).

Para disseminar-se, o capitalismo teve que construir um *modus operandi* na perspectiva de instituir-se hegemonicamente na sociedade e passar a impressão de que todos os homens são iguais política e juridicamente, apesar de não o serem, e camuflar a dominação e opressão que exerceriam. Manifesta-se, assim, uma real e bem sucedida ação de esvaziamento dos conflitos entre capital e trabalho já que burgueses e proletariados são igualmente cidadãos de direitos e devem cooperar para o bom funcionamento da pátria. Porém, quando tais relações sociais atingem a esfera econômica, a igualdade entre classes sociais distintas desaparece e passam a existir dominante e dominado, pois para a roda da economia girar só deve haver uma classe dominante. Há, portanto, uma diferenciação na relação dos indivíduos nas esferas econômicas e política.

A sociabilidade burguesa nasce através do mercado, que é a base da sociedade capitalista e tem como interventor soberano o Estado, principal instituição e parceiro, que implementa políticas públicas precárias e focalizadas a fim de manter firme a reprodução humana através da venda da força de trabalho ao capital, anulando as vontades individuais humanas em detrimento do capital. Sob a ótica da igualdade de todos os homens perante a lei, mascaram-se as desigualdades sociais existentes entre exploradores e explorados e dissimula-se a realidade a fim de manter a hegemonia do Estado e do mercado. Criam-se novos aparelhos estatais, como escolas, presídios, hospitais, verdadeiros equipamentos de coerção popular, como modo de sufocar possíveis ou porvindouras insatisfações populares. Todas as formas de dominação e de equipamentos de dominação descritos anteriormente caracterizam a cidadania burguesa escamoteadora das desigualdades sociais e das diferenças entre classes.

Sob a perspectiva marxista, o direito é uma ideologia gerida pelo Estado com vistas á favorecer a classe dominante e proteger a propriedade privada. O Estado também é uma ideologia que independe de seus cidadãos para exercer o seu poder e existência e que prevê o controle de seus indivíduos através aparelhos repressivos, de controle da vida social e de disseminação de suas idéias via meios de comunicação em massa exercendo, assim, a sua dominação sobre as classes sociais. Segundo Pashukanis (1977), “o direito é uma relação social que pode comunicar-se mais ou menos, a outras relações sociais ou transferir para elas sua forma.” O direito privado constitui interesses de indivíduos distintos e de interesses privados, principalmente no que diz respeito á propriedade privada, e tem sua gênese na expansão mercantil entre povos diferentes. Permeado por relações sociais que geram conflitos e que só terão fim quando se abolir a economia e seu sistema, a visão burguesa do direito considera a relação jurídica a condição eterna de relações sociais.

“Na fórmula geral dada por Stucka, o direito já não figura como relação social específica, mas como o conjunto das relações em geral, como um sistema de relações que corresponde aos interesses das classes dominantes e salva-guarda estes interesses através da violência organizada.” (PASHUKANIS, 1977, pág. 92).

A livre concorrência econômica, típica do capitalismo, esconde-se por trás da figura do Estado e dissocia-se dele através das premissas de liberdade e direitos iguais perante o mercado criando, assim, um Estado democrático, impessoal e garantidor de direitos. Sendo assim, a burguesia implementou o seu próprio Estado jurídico pautado em leis e deveres.

“Com efeito, a burguesia jamais perdeu de vista, em nome da pureza teórica, o outro aspecto da questão, a saber, que a sociedade de classe não é apenas um mercado onde se encontram os proprietários de mercadorias independentes mas também, simultaneamente, o campo de batalha de uma encarniçada guerra de classes, na qual o aparelho do Estado representa uma arma muito poderosa.” (PASHUKANIS, 1977, pág. 191).

O direito penal assume a sua condição jurídica, principalmente, quando se trata de violação de direitos, pois as suas penalidades incidem diretamente sobre a vida dos indivíduos. A burguesia faz uso do direito penal para exercer a sua dominação sobre as classes subalternas, configurando assim, uma relação antagônica.

“O direito penal, tal como o direito em geral, é uma forma de relações entre sujeitos egoístas isolados, titulares de um interesse privado autônomo, ou entre proprietários ideais. [...]” (PASHUKANIS, 1977, pág. 246).

Para garantir os direitos sociais, existe a política social. A política social é uma ramificação da política pública. A política pública é uma ação interventiva do Estado, com o objetivo de dar respostas às demandas sociais. Como atividade política, a política pública é a mediação utilizada a fim de se alcançar objetivos comuns em uma sociedade heterogênea e surge da convivência entre os homens de classes sociais distintas causando, muitas vezes, conflitos. Tais conflitos exigem do Estado uma regulação social que evite o caos que pode ser em forma de coerção, comum em ditaduras, ou a política como meio de negociação e consenso em Estados democráticos.

O uso da política possibilita a democracia¹⁸ na resolução de conflitos, porem também pode ser coercitiva por possuir regras e penalidades (dentro das leis) por parte do Estado aplicáveis a quem as infringe. Contraditória e conflituosa, a política é um espaço de fortalecimento da cidadania,¹⁹ através de lutas políticas que se opõem a lógica do mercado e cobram do Estado sua responsabilidade social para com a sociedade.

“Dessa feita, a política compõem-se, ao mesmo tempo, de atividades formais (regras estabelecidas, por exemplo) e informais (negociações, diálogos, confabulações) adotadas num contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem bens e assuntos públicos.” (PEREIRA, 2008, pág. 91).

Existem duas interpretações conhecidas para a política pública: a primeira coloca o Estado como criador e detentor único da política pública, vinculando o termo público ao termo estatal, ou seja, compreendendo toda política pública como política do

¹⁸ “A aceitação da tese da democracia como valor universal, consequência aparentemente lógica da concepção liberal da cidadania, só é possível ao custo de uma grande ambiguidade, na medida em que se confunde em uma única palavra (democracia) uma enorme quantidade de significados distintos (polissemia).” (COUTINHO, 1996, pág.65). “A democracia não é, portanto, um valor universal. Os valores democráticos só tardiamente, e apenas sob a forma de sociabilidade do mercado, foram aceitos pelo capitalismo. Os grandes teóricos do capitalismo relutaram muito em aceitar o fato de que alguém que não tivesse propriedade pudesse governar. O suposto de igualdade foi durante muito tempo expressamente associado ao da propriedade.” (COUTINHO, 1996, pág.74).

¹⁹ “A cidadania é uma forma específica de convivência contraditória das classes, pela qual a classe dominante e/ou hegemônica é capaz de absorver a sociedade, total ou parcialmente, assimilando-a ao seu nível cultural; ou seja, é uma forma de ampliação do campo de classe. Podemos então, aqui e agora, entender seu sentido e alcance. Ela é mais uma aparência necessária: é uma ideologia constituidora do real.” (COUTINHO, 1996, pág.61).

Estado. A outra trata das contradições entre Estado e sociedade como incentivador do processo político. Sendo assim, a política pública não é exclusividade do Estado, pois tem na sociedade uma de suas esferas constitutivas e incorporadoras.

“Política pública, como já indicado, não é sinônimo de política estatal. [...] É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisão do governo.” (PEREIRA, 2008, pág. 94).

Pois bem, com a decadência do modelo keynesiano, o neoliberalismo emerge, por encontrar terreno fértil para disseminar-se política, econômica e ideologicamente com uma proposta intervencionista de combate aos resquícios do modelo econômico e social anterior, e implementar um novo tipo de capitalismo voltado para a redução do Estado e suas intervenções econômicas. Por constituir-se como política social, o Welfare State no pós-guerra, foi de extrema importância para a intervenção keynesiana, porém, a partir da década de 70, o neoliberalismo, buscando o lucro, reorganiza a lógica da política social. Passa-se a redirecionar o fundo público destinado às políticas sociais causando, assim, a desproteção da vida social. Desproteção esta em que, ao deixar de investir nas mais diversas políticas sociais como educação e saúde, por exemplo, o Estado coloca a sociedade a sua própria sorte, onde quem tem condições busca em serviços privados o acesso à política social em que o governo não investiu, e quem não tem condições, fica a mercê da “boa vontade” do Estado.

Nos países latino-americanos, os anos 80 representaram a crise do desenvolvimentismo, pois muitos países assumiram uma astronômica dívida externa em face de seu crescimento. No Brasil, a crise do petróleo em 1979 foi o estopim para o aumento da taxa de juros internacional e a escassez de investimentos externos na economia. É nesse contexto, em 1980, que o ideário neoliberal dissemina-se por aqui, com o interesse dos países latino-americanos em renegociar a dívida externa. Ao mesmo tempo, economistas em Washington (EUA) pensavam o que poderia ser feito para que os países latino-americanos superassem a crise e retomassem o seu crescimento e construíssem propostas políticas e reformas econômicas voltadas para esse propósito. A estas propostas políticas e reformas econômicas deu-se o nome de Consenso de

Washington²⁰ que passou a ser utilizado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e outros organismos externos internacionais que tinham interesse na renegociação da dívida externa dos países latino-americanos.

Para que a renegociação da dívida pudesse ocorrer, era necessário que os governos dos países endividados seguissem a risca o Consenso de Washington e transferissem o seu poder decisório econômico para os organismos internacionais, que controlariam a partir daquele momento as decisões econômicas desses países. Sendo assim, o neoliberalismo avança por aqui agravando a crise, gerando desemprego, exclusão social e falta de investimentos na produção. Segundo os organismos internacionais, a nova função conferida ao Estado seria complementar os mercados e não mais promover o desenvolvimento. Ao Estado caberia agora, incentivar a competição dos mercados, criar um ambiente fértil para o crescimento do mercado privado, eliminar a corrupção que compromete a idoneidade dos mercados que atuam junto às instituições públicas e garantir o direito da propriedade privada.

Cabe ao Estado suprir a carência dos setores que não interessam aos mercados, através da prestação de serviços sociais aos que não podem pagar, garantindo assim, o avanço do mercado sem a presença de obstáculos.

Já no que diz respeito ao mundo do trabalho, é possível perceber nos relatórios do Banco Mundial que ele passa a estar dividido em dois. De um lado, estão os indivíduos que conseguem atuar no mercado – que seria o mecanismo de funcionamento “mais eficiente” da sociedade – e, de outro, estariam aqueles *incapazes* de integrar-se aos mercados – os pobres –, dos quais o Estado deve cuidar, por meio de suas políticas sociais residuais e focalizadas. Nesse sentido, se o Estado proposto pelo Banco Mundial ainda reserva algum papel no âmbito econômico – complementar a e garantidor do bom funcionamento dos mercados –, no que tange à questão social, ou seja, à sua atuação no mundo do trabalho, pode-se perceber que o termo “Estado mínimo” é bastante adequado, uma vez que se percebe a tendência a uma drástica retração do seu papel de provedor de políticas sociais. (UGÁ, 2004,pág.58).

As políticas públicas, como dito anteriormente, são ações interventivas pautadas em reivindicações populares a fim de responder as demandas sociais. Como tal, deve

²⁰ O Consenso de Washington é o nome dado ao conjunto de medidas econômicas formuladas por diversos organismos financeiros internacionais no ano de 1989 na cidade de Washington (EUA). O Consenso de Washington é a política econômica oficial do Fundo Monetário Internacional (FMI) desde 1990.

ter planejamento e avaliação por parte do Estado e da sociedade, ao mesmo tempo em que responde conflitos de interesses. Como suas funções, a política pública deve concretizar direitos previstos por lei, dispor e distribuir bens públicos que possam ser utilizados por toda a sociedade, atender aos seus anseios e serem de fácil acesso, uma vez que se constitui como direito de todos. Porém, na sociedade neoliberal as políticas públicas não se constituem como direitos sociais respeitados e acessíveis devido aos vários cortes orçamentários, a realocação de recursos públicos, a meritocracia imposta por algumas instituições públicas e governos e a crescente precarização dessas políticas. É comum, também, que o Estado se desresponsabilize com esta situação e repasse o seu dever para os municípios, ações voluntárias e organizações não governamentais (ONG'S), privatizando assim, as políticas sociais através de um discurso escamoteador de que estas são mais bem geridas fora do controle direto do Estado, que é ineficiente e mais distante da realidade social e conseqüentemente da população.

A realocação do fundo público voltado para as políticas sociais tem como objetivo principal garantir o pagamento da dívida pública. Grande parte da população brasileira não tem noção da representatividade e importância das diversas taxas que ouvimos falar em noticiários e como elas influenciam diretamente nas condições de vida e nos problemas sociais cotidianos. Se gasta muito com o pagamento da dívida pública e pouco com as políticas sociais, ao contrário do que diz o governo. Não é que o Brasil seja um país pobre, a realidade é que este país é absurdamente rico e mal administrado, pois quando mais se investe no pagamento da dívida pública mais desassistidos socialmente ficamos. Notoriamente é mais importante para o Estado o pagamento da dívida pública, através do redirecionamento de recursos públicos do que investir em políticas sociais que busquem efetivamente a redução da pobreza e a garantia de direitos. Percebe-se também que é melhor para o Estado remediar do que prevenir as mazelas sociais, onde as coisas tem mais importância do que os indivíduos.

Partindo do contexto do mundo do trabalho, cabe ao Banco Mundial combater a pobreza agravada pelas reformas econômicas neoliberais, através de políticas sociais focalizadas e fragmentadas para os que não tem capacidade de ter um padrão digno de vida, ou seja, os pobres que são considerados todos aqueles que não conseguem ter um padrão de consumo suficiente para satisfazer as suas necessidades básicas. Sendo assim, cabe ao Estado traçar estratégias para que os mais pobres possam alcançar uma renda que permita o consumo.

Para o Banco Mundial, a superação da pobreza só será possível se os considerados pobres puderem ter acesso à saúde e educação mesmo estas estando precárias, pois através dessas políticas sociais será possível a este sujeito aumentar a sua competitividade no mercado de trabalho e reproduzir-se socialmente. Aos que não conseguem adequar-se ou alcançar tal padrão, cabe ao Estado assisti-los.

A pobreza, agravada pelo neoliberalismo, é vista como um fracasso individual dos sujeitos, e não fenômeno social e econômico, onde a classe trabalhadora é dividida em aptos para a reprodução do capital e inaptos para a reprodução do capital. Cabe ao Estado cuidar dos inaptos a reprodução do capital, tornando-os aptos através de políticas sociais mínimas, que estão na contramão do Welfare State.

Já em países onde o *Welfare State* não foi implantado totalmente – em vários países “em desenvolvimento” –, ou seja, em lugares onde a população nunca pôde desfrutar de fato de seus direitos sociais de cidadão, esse modelo de sociedade neoliberal pôde penetrar muito mais facilmente, conseguindo destruir o pouco que existia de *Welfare State* ou, ainda, acabar com os projetos de implantá-lo plenamente. Essa inexperiência colabora para que as recomendações do Banco Mundial de combate à pobreza sejam tão bem aceitas e vistas como “bem-intencionadas” pelos países-alvos. Enquanto o Banco Mundial vangloria-se de suas políticas com “face humana”, que ensinam a lutar contra a pobreza, o conceito de cidadania social esvazia-se. A cidadania social, em sua essência, sempre esteve relacionada à garantia de *direitos* e não com programas compensatórios. Ela pressupõe um pacto social realizado pela sociedade como um todo, a partir do que se define que o Estado deve garantir uma proteção social – por meio dos *direitos sociais* – a *todos* os cidadãos, independentemente de sua renda, simplesmente pelo fato de serem *cidadãos*. A cidadania social requer, desse modo, que exista um mínimo de solidariedade, induzida pela necessidade de solução dos conflitos sociais, e um sentimento de responsabilidade da sociedade para com a vida de cada um de seus membros. (UGÁ, pág.61, 2004).

A equação composta pela desvalorização da mão de obra, aumento do exército industrial de reserva e fragilização dos vínculos empregatícios resulta na pauperização dos sujeitos, nas desigualdades sociais e na luta de classes pela garantia de seus direitos. O resultado de tal equação faz emergir a questão social e suas expressões que necessitam de resposta a nível estatal através de políticas públicas que garantam acesso a direitos sociais. Porém com o avanço do neoliberalismo, a privatização do que é público a fim de reduzir gastos do Estado, o clientelismo aculturado popularmente, onde

direitos sociais são favores políticos e o corte de custos com as políticas sociais, que passam a ser de responsabilidade do terceiro setor, há a diminuição dos direitos sociais.

De modo geral, o Estado apoiado na política social do Welfare State, fazia uso de medidas protetivas para a sociedade como forma de reconstrução política, econômica e social, visto que esta se encontrava arrasada no pós-guerra. Buscando alternativas para a crise, o neoliberalismo emerge e põe em prática medidas reducionistas para o Welfare State, que na visão neoliberal, acarretava altos custos aos cofres públicos. Assim, aquela defende que tal crise só terá fim com a implantação de um novo modelo econômico que reduza a interferência do Estado nas políticas sociais e realoque os valores investidos nestas para a economia, tendo por base o mercado como único e possível resolutor da crise instaurada.

Fruto das conquistas de diversos movimentos sociais, clamores e levantes populares, as políticas sociais na sociedade neoliberal passam a ser o calcanhar de Aquiles da evolução do mercado, pois dificultam a realocação de políticas públicas para a sua intervenção e lógica mercadológica e formam de certa maneira, um foco de resistência popular á implementação total do mercado na sociedade sem a intervenção do Estado em serviços básicos para a população como educação, saúde, segurança, entre outros. Com as violentas investidas neoliberais no Estado em busca da diminuição e erradicação das políticas sociais, ocorre a violação dos direitos sociais conquistados pela sociedade, reconhecidos por lei e de responsabilidade do Estado. A fim de evitar levantes populares, o Estado passa a investir cada vez mais em aparelhos repressivos, garantindo assim, a manutenção da ordem e do direito á propriedade privada, que é a base fundadora e mantenedora do capitalismo.

O principal elemento mantenedor da cidadania é a ordem. Através da ordem é possível ao Estado dominar os cidadãos sem que estes se rebelem contra as desigualdades, que deixam de ser contraditórias e passam a ser naturais, onde cada cidadão deve ser passível ao Estado e aos acontecimentos. Há a difusão de que a democracia e a cidadania são para todos e que o indivíduo é responsável por suas condições de vida, de educação, trabalho e etc., pois o mercado e o Estado não são responsáveis pelas desigualdades sociais e sim o indivíduo que não goza de sua liberdade. Os que se opõem a ordem vigente e se unem em espaços de luta coletiva como, por exemplo, os movimentos sociais, são criminalizados. Há também o esvaziamento dos espaços de luta coletiva popular, pois a hegemonia dominante e o Estado difundem através da mídia que estes destroem a ordem tão cara ao capitalismo.

A ordem é uma construção da hegemonia burguesa para dominar as classes subalternas e fazê-los acreditar que as desigualdades sociais são naturais e necessárias.

“O debate sobre o caráter classista da ordem, como “naturalidade”, para a burguesia é um interdito. O predomínio de uma classe, tornado lei para toda a sociedade, determina o apagamento dos direitos das outras, vale dizer, uma subordinação real. Isto se dá de duas formas básicas: ou porque as classes subalternas aceitam e fazem seus limites dessa ordem e pensam seus direitos no interior dela, tomando-se, assim, seus sujeitos, ou porque recusam-lhe o consentimento que deverá então ser obtido pela coerção. No entanto, se se compreende a ordem como natural e eterna (porque natural) apaga-se (ou tenta-se) a possibilidade de se pensar outro processo civilizatório. O atual, agora, não é apenas o melhor, mas o único.” (DIAS, 1999, pag. 62).

No Brasil, a burguesia não encontrou entraves para disseminar a sua ordem e hegemonia, por este ser um país extremamente servil e apolítico, pois se não há consciência política e social, não tem porque o Estado respeitar a lei e a cidadania das classes subalternas, onde o que deve ser valorizado e respeitado são os interesses da burguesia.

“Essas constatações são fundamentais para enfrentar a questão da cidadania. Esta não pode ser pensada como simples liberdade formal. Todavia não cabe aqui o fatalismo. Se democracia é espaço de luta ela pode, se não tiver uma postura desarmada, ingênua, vir a ser um instrumento de intervenção política, que se move, inicialmente, nos limites do campo da racionalidade dominante. Faz-se necessário tomar o campo da cidadania, ainda que restrita, como espaço de luta. [...]”. (DIAS, 1999, pág. 64).

O fato de serem reconhecidos pela Constituição, não quer dizer que os direitos serão efetivados, mas serem reconhecidos juridicamente é importante para fazê-los valer porque representam uma conquista da classe trabalhadora. As políticas sociais que efetivam os direitos sociais apresentam uma dualidade: é um fruto das conquistas da classe trabalhadora, mas também um meio de dominação da classe burguesa. A burguesia usa as políticas sociais para manipular a classe trabalhadora e desmobiliza-la, porem estas tem um grande potencial emancipatório e devem-se intensificar lutas para alcançar a cidadania.

É necessário entender que a democracia constitui um espaço de luta e não de passivização. A democracia só pode existir em uma sociedade sem polarização de classes e concentração de riquezas. A democracia é entendida como soberania popular, onde os indivíduos influem diretamente no Estado e na vida social e está

intrinsecamente ligada á noção de cidadania, que se constitui como luta das classes subalternas para conquistar o direito de usufruir dos bens socialmente produzidos. Segundo Coutinho (2005) “os direitos são fenômenos sociais, são resultados da história”, que só assumem sua legalidade quando incorporados pelas instituições no poder. Os direitos sociais surgem historicamente de reivindicações populares que representavam demandas de extrema importância e necessidade para dado extrato social. Os direitos civis são típicos da sociedade capitalista e de sua noção de indivíduo particular e não suficientes para que haja a cidadania plena, mas representam um começo. O Welfare State assegurou diversos direitos sociais diferentes para a classe trabalhadora, porem o único que não á pertence é o direito a propriedade privada, a transformação do que é privado em coletivo. Talvez, o fato se deva as possibilidades de mudança que contem o acesso à propriedade. Se todos tivessem direito a propriedade haveria a derrocada do modo capitalista e a igualdade entre os desiguais, acabaria a concentração de renda e a miserabilidade dos sujeitos. A Reforma Agrária no Brasil, por exemplo, nunca saiu do papel e toda e qualquer tentativa de apropriação de terra por parte dos mais diversos movimentos sociais que lutam pelo direito á terra e a moradia são reprimidos, sufocados e vítima da violência do Estado e dos grandes latifundiários.

A lógica neoliberal de realocação de recursos públicos destinados às políticas sociais faz com que os direitos sociais sejam descumpridos pelo Estado, pois o que antes se configurava como direito de todos passa a figurar como direito de alguns, geralmente os mais pobres que não podem recorrer aos bens e serviços oferecidos pelo mercado, e necessitam da intervenção estatal, que cria condicionalidades de acesso e permanência a determinadas políticas sociais, principalmente as de transferência de renda, a fim de reduzir os gastos sociais e incentivar aqueles que não possuem meios de produção á vender a sua força de trabalho ao menor preço possível e ser explorado.

Concluindo, a violação de direitos é um produto histórico e como tal está profundamente ligada a uma série de fatores anteriores e condicionantes da sua existência, nascida de um modelo social e econômico baseado na exploração de uma classe sobre a outra, da acumulação de riquezas que dificultam ou inviabilizam a garantia de direitos sociais, que criminalizam os movimentos sociais e membros da sociedade que buscam por seus direitos. Instrumentos populares privilegiados, os movimentos sociais e as instâncias de controle social possuem ainda uma participação tímida nas esferas governamentais, porem quando presentes fazem a diferença na conquista e manutenção de direitos sociais.

Conquistados historicamente através de lutas sociais, os direitos sociais são empecilhos á ordem do capital e de sua ação menos escamoteada. O Estado, faz uso por algumas vezes de tais direitos a seu favor com o objetivo de manipular as massas na garantia de aceitação popular. É preciso que a sociedade compreenda profundamente a lógica que o Estado dissemina e nos apresenta e busquem unir-se em movimentos de luta e contestação social na busca de seu reconhecimento enquanto classe social histórica e que, ao contrário do que se pensa ou de que se é levado a pensar, é a única capaz de enfraquecer e dissipar o mercado e o neoliberalismo.

2.3 A odisseia das pessoas portadoras de transtorno mental na busca por cidadania

Como apontado anteriormente, a violação de direitos vitimiza todas as pessoas que não são proprietárias dos meios de produção e principalmente aquelas alijadas do mercado de trabalho.

Após caracterizarmos alguns fatos importantes para entender o contexto que será abordado a seguir e como se dá o direito na sociedade capitalista, damos início á análise do nosso objeto de estudo: a pessoa portadora de transtornos mentais na busca e garantia de seus direitos sociais. Por se constituírem como parcela estigmatizada da sociedade, as pessoas portadoras de transtorno mental encontram maior dificuldade de acesso aos seus direitos por diversos motivos, onde o principal é a sua condição psicológica conhecida de doença/ transtorno/ distúrbio mental. Tal condição psicológica pressupõe que o indivíduo por ela afetado possui alguma desordem, sofrimento, comprometimento ou anomalia de ordem cerebral. Em muitos casos, o transtorno mental não é uma doença pré-existente, que acompanha o feto já durante a gestação, porque pode se manifestar em qualquer indivíduo e em qualquer fase da vida, sendo uma condição passageira ou não, a depender de cada diagnóstico psiquiátrico.

“[...] De acordo com Eugênia Fávero deficiência mental é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Ainda, segundo a autora, caso um indivíduo tenha desenvolvimento comum até a idade adulta (dezoito anos) e depois passe a apresentar comprometimentos intelectuais, com certeza isso é resultado de processos

relacionados a doenças mentais.” (COHEN e SALGADO, 2009, pág. 224).

Ultimamente, a depressão, um exemplo claro de doença que pode se manifestar a qualquer momento da vida, vem se tornando a doença psíquica com maior incidência populacional entre os transtornos mentais e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma epidemia silenciosa que atingiu em 2012 mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, se tornando um problema de saúde pública. Ainda segundo a OMS, o Brasil é o país em desenvolvimento que mais apresenta casos de depressão, tais casos acarretarão altos gastos econômicos e sociais para os governos que deverão investir mais em tratamentos de pessoas que perderão a sua capacidade laborativa. Visando facilitar o diagnóstico médico e padronizar os transtornos mentais e a prescrição de psicofármacos, surge o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), manual que é amplamente utilizado pela classe médica no mundo inteiro e que,

Na sua grande maioria, as análises focam a presença atual de diagnósticos psiquiátricos que estabelecem bases biológicas para os sofrimentos psíquicos, aproximando os fenômenos mentais das doenças orgânicas, ou seja, vê-se um abandono crescente da descrição causal e de sentido dos sintomas apresentados pelo sujeito em benefício de uma noção em que os sintomas são reconhecidos como manifestações de desordens da bioquímica cerebral (Aguiar, 2004; Silva Jr., 2004; Roudinesco, 2000; Birman, 1999).” (GUARIDO, 2007, pág. 157).

Segundo pesquisa recente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 17 milhões de pessoas, ou 9% da população brasileira, sofrem de transtorno mental grave. Os mais acometidos por essas doenças são os indivíduos de classe social baixa, pouca escolaridade e moradores das periferias das cidades. E ainda: 12,6% dos brasileiros entre seis e 17 anos já apresentam sintomas de transtornos mentais importantes.

A visão da depressão como uma epidemia silenciosa global, encobre uma realidade que vai para além da doença em si e que está intrinsecamente ligada à ideologia vigente de transformação da doença ou da falta de saúde em mercadoria. É necessário ao modelo de reprodução do capital o indivíduo estar sempre bem consigo e com o meio social, onde uma posição contrária pode representar uma ameaça a sua inserção social e produtiva. Para tal, a depressão passa a ser caracterizada como uma doença individual, sem relação com o meio social, de ordem bioquímica e passível de intervenção medicamentosa através de psicofármacos que prometem a rápida cura do

mal-estar psíquico, pois na sociedade atual a doença é um desvio social e como tal deve ser combatida.

“Nessa configuração, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode estar suscetível a ser transformado em objeto das práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e internações psiquiátricas. Nesse processo de transformar qualquer mal-estar psíquico em doença pode-se perceber uma tendência geral da medicina em tornar médico aquilo que é da ordem do social. Dessa maneira, o conceito de doença mental pode ser pensado como uma construção do saber médico psiquiátrico que criou uma ampla produção discursiva que veio a constituir a psicopatologia moderna.” (FERRAZZA, 2009, pág.44).

Contra os desvios sociais de comportamento, algumas décadas atrás, a internação psiquiátrica constituía a “cura”. Já hoje, a “cura” é feita através de substâncias dopativas difundidas livremente em propagandas e anúncios que prometem aliviar os sintomas de todo e qualquer mal-estar psíquico mediante a consulta e prescrição psiquiátrica. É cada vez mais comum os pacientes já chegarem aos consultórios médicos autodiagnosticados, pois nota-se que está ocorrendo uma banalização no uso de psicofármacos que tem na mídia a principal difusora dos seus “benefícios” .

“O processo de ampliação do alcance da psiquiatria promovido por uma medicina que tende a estender suas concepções de saúde a toda população ainda encontrou, como aliada, a indústria de psicofármacos que, com seus interesses lucrativos, utiliza-se de estratégias que influenciam a expansão dessa prática médica.” (FERRAZZA, 2009, pág. 47).

A indústria farmacêutica, além de incentivar o uso de psicofármacos e ensinar como se autodiagnosticar, também difunde periodicamente o surgimento de “novas doenças” que se encaixam descritivamente nos medicamentos que serão lançados ou já estão no mercado para o consumo. É evidente que o capitalismo influencia em todas as áreas da vida social e que agora na psiquiatria encontra a sua maior aliada para controlar, também, a vida psíquica do indivíduo, onde experiências de vida e sentimentos cotidianos como a tristeza ou a agonia, por exemplo, e que poderiam ser enfrentados pelo indivíduo, viram objeto passível de intervenção médica. Ao indivíduo presente no capital não é permitido sofrer e nem lidar com os sofrimentos que são inerentes a vida de todo ser humano, pois é preferível fazer uso de psicofármacos a interagir com a realidade.

“[...] a sociedade atual retira o significado íntimo e pessoal do sofrimento, tratando a dor como um problema técnico. Essa redução situa a dor como um fato clínico objetivo e leva os indivíduos a procurarem tratamentos indutores de anestesia, abulia, apatia, inconsciência. Seus efeitos seriam a redução do limiar suportável da dor, o abafamento das interrogações que ela contém e a atrofia da capacidade para enfrentá-la. A medicalização é um fator central na dificuldade dos indivíduos para lidar com o sofrimento.” (UHR, 2012, pág.397).

Problemas de ordem social e que não necessitariam de intervenção médica passam a ser explicáveis através de sentimentos, comportamentos, sintomas, entre outros, e reduzidos na sua totalidade.

“Nessa empreitada, as mudanças do humor e a tristeza mostram-se significativamente suscetíveis de serem tomadas como depressão pela psiquiatria. Esse projeto ignora a inexistência de medidas claras que estabeleçam as diferenças entre as variações normais da condição humana e a depressão como adoecimento.” (UHR, 2012, pág. 398).

A crítica do modelo de tratamento psicofármaco explicitada anteriormente e que no jargão da saúde mental é conhecida como medicalização, denota que nem sempre o transtorno mental é de ordem biológica e sim social. É claro que alguns tipos de transtornos mentais são de ordem orgânica e que necessitam de interação medicamentosa em seu tratamento, porém notamos que há um crescimento em pessoas diagnosticadas com depressão, que é um transtorno mental, e que de fato não a possuem, ou seja, a depressão não é uma doença que vem se constituindo como uma epidemia, um problema de saúde pública e sim fenômeno social incentivado por médicos e principalmente indústrias farmacêuticas que não permitem ao indivíduo moderno o sofrimento, a dor, a superação dos problemas sociais de forma natural e analítica, por este ser partícipe de uma sociedade onde não há tempo para nada que não seja produzir e que é permeada pela imediatividade cotidiana. A questão da medicalização também pode ser vista do ponto padronizador de comportamentos próprio do capitalismo, onde quem não se encaixa nos moldes vigentes possui alguma anomalia psíquica, ou então, deve sofrer interferências externas em sua subjetividade.

“Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de

cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (racionalização própria da economia neoliberal).” (UHR, 2007, pág. 399).

Na área da Saúde Mental, há uma crítica por parte dos profissionais da medicalização dos sujeitos. Tal crítica se dá não só pela banalização no uso de psicofármacos, mas também pelo modo como a dosagem dos medicamentos são ministradas. Como explicitado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica vai na contramão do encarceramento institucional dos indivíduos e da sua segregação, porém quando as pessoas portadoras de transtorno mental fazem uso de medicamentos dopativos, há o encarceramento em si e a sua segregação enquanto participe da sociedade, pois uma vez dopados e alheios ao meio, os portadores de transtorno mental não interagem com o outro e nem a estímulos terapêuticos, sendo que, para estas pessoas, é fundamental o convívio social, de modo que possam se expressar e serem ouvidos. Compreendemos o torpor causado pelos medicamentos psicofármacos dopativos como uma violação de direitos que não está presente em lei, mas que dificulta a reinserção social destes indivíduos.

“[...] Há uma contradição nesta discussão, considerando que histórica, teórica e juridicamente a noção de direitos se relaciona com a racionalidade e autodeterminação legitimada socialmente. Para o enfrentamento deste debate se faz necessária uma abordagem sobre a construção dos fundamentos dos direitos e das condições que propiciam ser promulgada a cidadania dos portadores de transtorno mental.” (DIAS, 2007, pág. 109).

No Brasil, a luta por direitos sociais adensou-se após a Ditadura Civil-Militar. A Declaração de Caracas²¹ é um instrumento importante na busca por direitos sociais para as pessoas portadoras de transtorno mental, pois reitera a importância de se conviver em sociedade como forma de superação da violência asilar e de exercício de seus direitos civis, sociais, políticos entre outros. A interdição judicial da pessoa portadora de transtorno mental também se constitui como violação de direitos, por retirar destas o seu direito civil de gerir sua vida e “que afeta e prejudica a capacidade de discernimento e de autocuidado, sob a justificativa de que, desta forma, está se realizando a proteção dos incapacitados.” (DIAS, 2007, pág. 126). Outro mecanismo que permite a violência da

²¹ A Declaração de Caracas, assinada na cidade de Caracas na Venezuela, no ano de 1990, instituiu reformas no modelo de atenção à saúde mental na América Latina.

interdição judicial é o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) (nota de rodapé), que só pode ser solicitado à Previdência Social mediante a comprovação de incapacidade laborativa.

A Previdência Social seguia a orientação legal indicada pelo Decreto nº. 3.048, de 06/05/1999, no artigo 162, os parágrafos 1º e 2º: “é obrigatória a apresentação do termo de curatela, ainda que provisória, para concessão de aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental”. O parágrafo 2º estabelecia que: “verificada, administrativamente, a recuperação da capacidade para o trabalho do curatelado de que trata o parágrafo 1º, a aposentadoria será encerrada”. Este Decreto foi substituído pelo de nº. 5.699, de 13/02/2006, que acresce e altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº. 3.048, de 6 de maio de 1999. (DIAS, 2007, pág. 127).

A Previdência Social e a falta de acesso a benefícios sociais para as pessoas portadoras de transtorno mental constitui um significativo entrave, pois para ter acesso a eles é preciso renegar a sua autonomia e capacidade de emancipação. Por ser uma política contributiva não existem benefícios por parte da Previdência para estas pessoas, pois o BPC pertence à Assistência Social, é previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e gerenciado e distribuído pela Previdência Social. O crescimento no número de novas doenças classificadas como transtorno mental, bem como o aumento no número de pessoas portadoras de transtorno mental, incide também na política previdenciária, com o crescente aumento de pessoas impossibilitadas de trabalhar provisoriamente ou permanentemente, pois sem ter como garantir a sua reprodução através do mercado de trabalho, buscam alternativas em políticas assistenciais ou previdenciárias.

Para ter acesso à política previdenciária e seus benefícios, as pessoas portadoras de transtorno mental, contribuintes ou não, enfrentam uma verdadeira saga. Mesmo figurando como uma política pública, a política previdenciária tem em sua dinâmica um caráter privatista, pois para usufruir dela é necessário que seus segurados contribuam com um determinado valor mensalmente, a depender da sua profissão, para mais tarde quando tiverem cumprido um determinado tempo de contribuição ou quando tiverem alcançado a idade de se aposentar possam acessar o benefício.

Apesar de ser revolucionária, no que diz respeito ao direito do trabalhador contribuinte, a política previdenciária representa também um engodo. Ao contribuir com

a Previdência Social, o segurado vê em seu modelo garantia a uma aposentadoria capaz de manter o seu nível de vida quando não puder ou não quiser mais trabalhar. Para tal, o segurado contribui por longos anos até alcançar o tempo mínimo de contribuição, desenvolver alguma doença que o incapacite para o trabalho ou até ter idade suficiente para se aposentar.

Durante os anos que contribui, o valor investido vai acumulando juros, movimentando as engrenagens previdenciárias e tornando a política previdenciária aquela que mais possui verbas passíveis de serem investidas ou não, pois o grande “segredo” da Previdência Social é possuir verbas e usá-las o mínimo possível, principalmente na devolução aos contribuintes via aposentadoria ou seguro desemprego. Todos os anos a Previdência Social lança modificações, seja no modelo de contribuição ou de acesso aos benefícios alterando, assim, o fator previdenciário.

“A reforma da previdência tem como medida estimular as aposentadorias privadas, complementares, no âmbito do serviço público, à medida que os direitos e benefícios vêm sendo reduzidos. As contra-reformas nos sistemas previdenciários guardam características similares em quase todos os países do mundo nos quais foram realizadas, atendendo aos interesses do FMI, Banco Mundial e capital financeiro e propondo modificações nas condições de acesso e valores dos benefícios dos servidores públicos de modo a constituir o mercado para a ‘previdência privada’, (Granemmn; 2006).” (NASCIMENTO,2008, pág. 49).

Com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, a Previdência lançou mão deste artifício como modo de angariar mais fundos e evitar o déficit em seus cofres, causado pelo pagamento de aposentadorias para uma população idosa que não para de crescer. Tal déficit, na realidade, não existe. O que existe, na verdade, é uma tentativa de esvaziamento da Previdência Social que se constitui como política pública, onde ao diminuir o valor dos benefícios e direitos trabalhistas força-se a adesão á um plano previdenciário particular e que beneficia, obviamente, o capital e não o trabalhador.

“O atual formato do sistema previdenciário brasileiro é uma mistura dos modelos de Seguro Social e Assistência Social. O esquema é claro: os trabalhadores que têm condições de pagar/comprar a sua proteção social podem, diante de um sistema previdenciário público cada vez mais precário, ingressar em arriscados planos de seguro privados e/ou complementares; aos que não têm como pagar/comprar, destinam-se programas assistenciais, focalizados, meramente compensatórios e desvinculados de qualquer concepção de direito. [...]” (NASCIMENTO, 2008, pág.50).

Por ser um engodo, o que ocorre de verdade é que, ao contribuir, o segurado irá pagar mais alguns anos por algo que nunca vai usufruir em sua totalidade. Acredita-se também que o aumento de pessoas que vem se aposentando por invalidez para o trabalho incentive tal medida previdenciária, como forma de reaver aquilo que é investido com estas pessoas.

Ultimamente, as doenças invisíveis, leiam-se os transtornos mentais, vem fazendo crescer o pedido de aposentadorias por invalidez por parte dos segurados e dos não segurados. Por configurar-se como uma doença sem traços físicos, o transtorno mental raramente é o motivo que mais aposenta contribuintes, apesar de ser o mais apontado nos pedidos de aposentadoria, por não ser considerada uma doença incapacitante em si, pois raros são os casos severos de transtorno mental que impedem a capacidade laborativa, segundo a Previdência Social. Para classificar se uma pessoa portadora de transtorno mental é elegível a receber algum benefício social, faz-se uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças, conhecido abreviadamente como CID 10. O CID 10 é um documento produzido pela OMS, que padroniza sintomas e lista transtornos mentais atribuindo a cada um, um código.

“Assim, além dos transtornos mentais considerados socialmente como de maior gravidade (psicopatia e esquizofrenia), esta classificação abrange ainda situações relacionadas à dependência química, estados de depressão, de mania ou ansiedade exagerada, entre outras. [...]” (GUARIDO, 2007, pág. 159).

Outra dificuldade encontrada pelas pessoas portadoras de transtorno mental e que vai contra os seus direitos diz respeito á Educação. O modelo educacional vigente pressupõe alunos homogêneos, com a mesma capacidade cognitiva e passíveis de encaixe nos padrões educacionais, sem considerar a heterogeneidade dos indivíduos, aliás, como tudo que compõe uma sociedade neoliberal padronizante. Ao considerar iguais pessoas histórica e socialmente diferentes, ignora-se subjetividades e desrespeitam-se direitos. Muitas são as pessoas portadoras de transtorno mental que não conseguem o acesso ou a permanência na escola, devido ao preconceito social e/ou a inexistência de estratégias que permitam a sua aprendizagem, de acordo com as especificidades.

Em algumas escolas, o governo federal, em parceria com os estados e municípios, implementou as chamadas salas multifuncionais²², voltadas para o ensino diferenciado de deficientes físicos e mentais, portadores de síndromes e pessoas portadoras de transtorno mental, porém elas não alcançam a totalidade de escolas brasileiras por falta de interesse de investimentos por parte do Estado. Tais salas multifuncionais só costumam existir em poucas escolas do país e em grandes centros urbanos, negligenciando assim, grande parte dos alunos especiais que necessitam deste tipo de estratégia. Em algumas escolas brasileiras, os municípios costumam investir em professores de Educação Especial para dar suporte a esta demanda crescente.

A presença de professores de Educação Especial e de salas multifuncionais é uma estratégia válida, porém o modo como é feito é questionável. Para usufruir de tais aparatos educacionais, os alunos ditos “especiais” são retirados do convívio com os alunos e professores em sala de aula e segregados nestes espaços, impedindo assim a (re)socialização destes alunos. A maneira ideal de implementar tais estratégias educacionais seria levar estes alunos, professores e aparatos multifuncionais, para dentro das salas de aula possibilitando, assim, a convivência entre alunos diferentes. Tal tema leva-nos a refletir outra questão para além de uma educação realmente inclusiva em sua prática: as falhas de um sistema educacional precário e o aumento de alunos considerados especiais nas escolas. Acredita-se que a precariedade do espaço escolar e da qualidade do ensino dificultem o acesso a uma educação emancipadora e eficaz capaz de formar cidadãos críticos e conscientes de sua condição.

Os professores atualmente não tem só a premissa de ensinar e desempenham variadas funções nas salas de aula, dentre as quais destacam-se a de psiquiatra ou psicólogo. Com a difusão de sintomas e a facilidade de diagnóstico dos transtornos mentais, os professores são levados a rotular os alunos que não se encaixam no perfil escolar como possuidores de algum distúrbio de aprendizagem, onde os mais comuns são o Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), Transtorno de Hiperatividade (TDH) ou o combinado de TDA com TDH conhecido como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Nos Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi), grande parte dos encaminhamentos para tratamento são oriundos de escolas, onde o aluno já vem rotulado (diagnosticado) como portador de algum transtorno. Porém, após a consulta

²² As salas multifuncionais são espaços existentes nas escolas públicas voltado para o atendimento especializado á estudantes com deficiência e transtornos globais de aprendizagem e desenvolvimento.

com algum psiquiatra ou psicólogo do serviço, descobre-se que grande parte destes alunos não possuem nada além de desinteresse pelo ambiente escolar. Desinteresse este causado pelo excesso de alunos em sala de aula, que dificulta a ação interventiva do professor e a atenção deste para cada aluno, causando agitação e desmotivação nestes. Antes de rotular os alunos como portadores de algum transtorno é necessário que o professor reflita a cerca das condições do seu trabalho, do ambiente escolar, do perfil padronizante que a escola exige dos alunos, do tipo de sociedade em que vivemos e do tipo de educador que se deseja ser: reproduzidor da ordem capitalista, formando alunos acríticos e repetitivos ou agente revolucionário capaz de enxergar na educação a saída crítica e qualificada para a superação das desigualdades sociais e da ordem neoliberal.

A falta de oportunidade de trabalho também é uma violação de direito a qual as pessoas portadoras de transtorno mental estão sujeitas. O mercado de trabalho já é bastante cruel e competitivo com as pessoas que tem condições físicas e psicológicas de trabalhar e que o fazem sob exploração ou não o fazem por estarem desempregados ou pertencerem ao mercado informal de trabalho. As pessoas portadoras de transtorno mental encontram grandes dificuldades para se inserirem no mercado formal de trabalho, principalmente aquelas que portam transtornos médios e/ou severos e persistentes, que influem diretamente na sua capacidade laborativa.

Em uma sociedade pautada no trabalho e no consumo de mercadorias propiciadas pelo trabalho, possuir alguma atividade laborativa se faz necessário não só como forma de interação social, mas também de subsistência. Muitas pessoas portadoras de transtorno mental não participam do mercado de trabalho e, as que participam, o fazem de modo informal sem a garantia de direitos sociais e de uma renda fixa. O mercado informal de trabalho constitui um enorme problema, não só do ponto de vista econômico, mas também do ponto de vista social, já que os trabalhadores do mercado informal são considerados indigentes do mundo do trabalho. Indigentes porque não possuem um registro formal de trabalho em carteira, porque não existem no sistema previdenciário e porque ficam economicamente á margem da sociedade.

Há a hipótese de que as pessoas portadoras de transtorno mental encontram dificuldades de se inserir no mercado de trabalho formal primeiro pela sua condição psíquica e segundo pela sua capacidade de produção, se comparado a outros trabalhadores ditos “normais”. Nas instituições que oferecem vagas de emprego ou pesquisam sobre o mercado de trabalho, vemos que a grande maioria das pessoas portadoras de transtorno mental médios/severos e persistentes não se encontram

inseridas ou não encontram oportunidades de emprego que aceitam a sua condição. É verdade que existem pessoas portadoras de transtorno mental no mercado formal de trabalho, porém estes são acometidos de transtornos leves e que não geram um significativo comprometimento em sua capacidade laborativa. Podemos tomar como exemplo as pessoas que se encontram num estado depressivo leve, que fazem uso de psicofármacos e trabalham normalmente.

Muitas das vagas de trabalho existentes nos bancos de emprego e em empresas são destinadas á portadores de deficiência física ou síndromes, como é o caso da Síndrome de Down, porém são inexistentes as vagas para pessoas portadoras de transtorno mental, que sem opção são obrigadas a se tornarem trabalhadores informais. Apesar de movimentar a economia, o trabalho informal se constitui como um subemprego que serve como garantia de renda para aqueles aos quais o mercado negligenciou e se desresponsabilizou. Uma das alternativas criadas e que servem de suporte terapêutico, social e econômico para as pessoas portadoras de transtorno mental alijadas do mercado formal de trabalho, são os Programas de Inclusão Social pelo Trabalho.

Os Programas de Inclusão Social pelo Trabalho, desenvolvidos nos âmbitos estaduais e municipais, são regidos pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social; acesso ao trabalho e à renda sob a égide dos direitos humanos; incremento da autonomia e da emancipação do usuário; desenvolvimento da cooperação e da solidariedade; fortalecimento do coletivo; incentivo à autogestão e à participação democrática; geração de alternativas concretas para melhora de vida; desenvolvimento local; participação da comunidade; articulação em redes intersetoriais (saúde, trabalho, educação, assistência social, cultura); formação de redes de comercialização solidárias; entre outras. (BRASIL, s/d).

A inserção das pessoas portadoras de transtorno mental neste programa é feita através de grupos associativos, associações, cooperativas de cunho coletivo e participativo, podendo ser formais ou informais. Para incentivar o surgimento de tais programas, o governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e do Trabalho e Emprego e Secretaria Nacional de Economia Solidária, em parceria com os estados e municípios, liberou linhas de financiamento para a efetivação do programa nas instituições de saúde mental em que tais pessoas portadoras de transtorno mental estão inseridas. Os produtos destas cooperativas, grupos associativos, associações e etc., são dos mais variados e são

escolhidos de modo a valorizar a cultura local, bem como as habilidades de seus trabalhadores. Porém, ao incentivar este tipo de atividade como fonte de renda, o Estado desresponsabiliza-se de seu dever com estas pessoas, mesmo financiando os programas de economia solidária.

O trabalho, para as pessoas de transtorno mental, possui uma conotação terapêutica, mas também é uma forma de se auto-afimar e exercer a sua cidadania perante a sociedade. Porém, por vivermos sob a égide de uma sociedade capitalista, é necessário levar em consideração a condição alienadora do trabalho e a exploração advinda desta atividade. Para que haja a real inserção destas pessoas no mercado de trabalho, é necessário que eles desenvolvam atividades que incentivem o intelecto e a socialização com outras pessoas.

O direito ao trabalho constitui o maior desafio da Reforma Psiquiátrica, por ainda se encontrar enraizada na consciência popular a visão de que a pessoa portadora de transtorno mental é potencialmente perigosa e incapaz do convívio em sociedade. Para a superação de tal ideário, faz-se necessário intensificar as ações dos movimentos sociais em saúde mental, bem como dos trabalhadores da saúde mental, a fim de conscientizar a sociedade e o Estado sobre a necessidade do trabalho para estas pessoas como forma de tratamento e de (re) construção de identidade e autonomia.

Por fim e não menos importante, o desmonte das políticas sociais e especificamente da política de saúde mental, constitui uma violação de direitos que pode por a perder todos os avanços e conquistas do movimento antimanicomial obtidos através de muita luta, superação de preconceitos e enfrentamentos contra a ordem vigente. Conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/2001, todas as pessoas portadoras de transtorno mental têm direito ao melhor atendimento possível, bem como acesso gratuito a política de saúde, porém em tempos neoliberais de Estado mínimo e realocação de fundo público, a qualidade dos serviços prestados é altamente questionável. Substituiu-se o direito que as pessoas portadoras de transtorno mental têm de atendimento terapêutico em CAPS's por internações psiquiátricas involuntárias ou compulsórias, nega-se o direito de atendimentos em serviços de saúde mental de forma qualitativa e com profissionais capacitados que disponham de todos os instrumentos necessários para o tratamento destas pessoas. Para o Estado, é melhor jogar dinheiro público fora em internações que não surtirão efeito em sua maioria, do que investir na construção de CAPS's em todo território nacional. Há uma notória e bem sucedida tentativa de desmonte da política de saúde mental por parte do Estado. O movimento de

Reforma Psiquiátrica vive de avanços e retrocessos, na verdade nos últimos tempos, ele vive mais de retrocessos.

Os pontos apontados acima como acesso à Previdência Social, direito à educação e ao trabalho e direito a um tratamento descente em saúde constituem só alguns dos mais diversos direitos que as pessoas portadoras de transtorno mental possuem e são violados. Obviamente, todos os cidadãos brasileiros portadores de transtorno mental ou não tem em algum momento da vida, ou durante toda ela, os seus direitos desrespeitados, porém as pessoas portadoras de transtorno mental, por representarem uma parcela estigmatizada da população, são alvos mais passíveis de violência estatal e societária. É preciso articular forças e buscar soluções para a superação desta condição violadora através da conscientização popular, da formação política e social popular e do engajamento em movimentos sociais de saúde mental que buscam por seus direitos e representatividade.

CAPÍTULO III

MOVIMENTOS SOCIAIS E CONTROLE SOCIAL: PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E SOCIETÁRIAS NA LUTA POR DIREITOS

Como demonstrado no capítulo anterior, as pessoas portadoras de transtorno mental encontram dificuldades para efetivar os seus direitos sociais. Perante este fato, como estas devem proceder para que haja a garantia de seus direitos e de sua cidadania? Tal questão tentaremos elucidar neste capítulo.

3.1 Controle Social

O controle social²³ surge perante a sociedade civil nos anos 80 com a promulgação da Constituição de 88. A Constituição de 88, segundo Bravo (2006), introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, mas incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

“[...] Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido desse, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.” (CORREA, 2006, pág. 1).

O controle social é uma ação democrática voltada para a participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais com o intuito de criar uma nova relação entre Estado e sociedade. Como espaços de representatividade e de controle social, podemos citar as conferências e os conselhos.

“Os *conselhos* são espaços paritários em que a sociedade civil (50%) e os prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos discutem, elaboram e fiscalizam as políticas sociais das diversas áreas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescência, idoso, entre outras. São baseados na concepção de participação social, que tem sua base na universalização dos direitos, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado (CARVALHO, 1995). A sua novidade é a ideia do

²³ Nesta perspectiva, o ‘controle social’ é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular, uma vez que o Estado favorece os interesses da burguesia em detrimento aos da sociedade civil onde tal favorecimento exige que as classes subalternas busquem a sua representatividade nos espaços de luta coletiva para que suas reivindicações sejam incorporadas e garantidas pelo Estado.

controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Os Conselhos devem ser visualizados como lócus do fazer político, como espaços contraditórios, orientados pela democracia participativa, tendo no horizonte a construção da democracia de massas. Os Conselhos nos três níveis: nacional, estaduais e municipais, foram criados no início da década de 1990, após as Leis Orgânicas das diversas políticas sociais.” (BRAVO, 2006, pág. 4).

Já as conferências configuram-se como

“[...] eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir as políticas sociais de cada esfera e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação das políticas e, portanto, influenciar as discussões travadas nos diversos conselhos.” (BRAVO, 2006, pág.4).

No Brasil, é comum que o Estado direcione os recursos públicos sem a consulta prévia às instâncias de controle democrático, caracterizando, assim, a apropriação do público pelo privado com vistas a atender os interesses do capital, e tornar o Estado mínimo para a classe trabalhadora e máximo para a acumulação do capital. Diante desta dinâmica, é necessário que haja espaços de controle social para a publicização das políticas sociais e para isso os conselhos são espaços privilegiados de interlocução.

“Por meio desta interlocução objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais. Neste processo, a sociedade civil também é interpelada a modificar-se, a construir alianças em torno de pautas coletivas, a transcender a realização de interesses particularistas e corporativistas, convocada ao exercício de mediações sociais e políticas para o atendimento de demandas populares. Trata-se, portanto, de um movimento que pretende modificar tanto o Estado quanto a sociedade em direção à construção de esferas públicas autônomas e democráticas no campo das decisões políticas.” (RAICHELIS, 2010, pág.83).

A política de saúde foi a primeira nesta área por sua forte organização política, desde o final dos anos 70, devido ao movimento de Reforma Sanitária que deu origem ao SUS, que contou com a participação de diversos atores sociais e políticos durante o

seu processo de elaboração e implantação. Porém, os conselhos não são o único modo de participação democrática nas políticas públicas.

Para compreender como se dá o controle social, é necessário conceber que Estado e sociedade civil estão intrinsecamente ligados nesta concepção. Para abordar tal relação, usaremos a concepção de Gramsci. Em Gramsci, Estado e sociedade civil estão organicamente interligados por não existir oposição entre estes e sim entre as diferentes classes sociais que os compõe. Tais oposições influenciam no controle social e na disputa pela hegemonia do Estado ou da sociedade civil de modo que é necessário uma análise histórica entre estas disputas pelo poder para avaliar qual é a classe social que se encontra no poder. Em suma, o controle social é contraditório e pode ter em sua gerência classes sociais opostas a depender do momento histórico em que está inserido. Sob a perspectiva das classes subalternas, o controle social deve possibilitar a formação e a ampliação de consensos da sociedade civil em torno de seu projeto de classe com vistas a superar a racionalidade capitalista e protagonizar os rumos históricos. Para isso, faz-se necessário o controle social do Estado e suas ações para que este incorpore seus interesses e não somente os das classes dominantes e sendo assim, é necessário a participação da sociedade civil na gestão e fiscalização das políticas sociais.

“A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Por isso, concebê-la sem o corte classista, como não contraditória, homogênea e articuladora de instituições indiferenciadas, “tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” (DIAS, 1996, p.114). Segundo Dias, essa visão só é correta do ponto de vista liberal, pensá-la na perspectiva dos trabalhadores, requer sua articulação com os movimentos sociais organizados apreendendo toda a sua contradição. E, ao colocá-los no centro da luta social percebe-se o alcance real da sociedade civil. Dias (1996, p.115) afirma que a sociedade civil desmistificada, “se revela espaço de luta e não mais cenário de pactos sociais. Ela se apresenta agora no pleno das suas contradições. Não cabe mais a ilusão de que ela é necessariamente progressista [...] Também não se está autorizado a falar em debilidade da sociedade civil. Débeis, erráticos e fragmentários são os instrumentos de intervenção classista das classes subalternas nela”. (CORREA, 2006, pág. 5).

E ainda mais,

“A sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica”. (CORREA, 2006, pág.6).

Gramsci ao analisar a relação Estado/sociedade civil, nos mostra que o controle social não pertence a nenhuma das partes, mas sim as classes sociais contraditórias que disputam o poder e o controle do Estado e dos seus aparatos, a depender das classes que o controlam e da correlação de forças existentes nos segmentos organizados na sociedade civil. Sendo assim, o controle social acontece através da participação em políticas sociais.

“[...] Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia.” (CORREA, 2006, pág.6).

A depender do momento histórico, o controle social poderá ser exercido por classes contraditórias, tornando-se, assim, contraditório também por estar inserido em uma dinâmica de correlação de forças. Para as classes subalternas, o controle social deve balizar a sociedade civil para que esta incorpore o seu projeto de classe rompendo com o controle da sociedade capitalista e tomando as rédeas da história econômica e política do Estado, para que este incorpore as suas reivindicações.

“Perante a conjuntura de crise do capital em que a classe dominante, para o seu enfrentamento, tem buscado o “consentimento ativo” das classes subalternas através da propagação da “cultura política da crise”, se faz necessário resgatar o conceito original de sociedade civil em Gramsci, para subsidiar o debate e as práticas sociais e políticas em torno do

controle social. Principalmente, no Brasil, após a institucionalização de mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos a elas destinados, para que esses não se tornem mecanismos de formação de “consentimento ativo” das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante. O controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.” (CORREA, 2006, pág. 7).

No Brasil, o controle social ganha força nos anos 90. Com a mundialização e globalização do capital, um novo nível de desenvolvimento do sistema capitalista e dos organismos de controle social democrático²⁴ emerge. Pioneira, a área da saúde discute, legitimamente, o controle social desde 1986.

“A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle.” (BRAVO, 2006, pág.15).

Com o objetivo de fiscalizar os repasses de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, os conselhos de saúde foram instituídos legalmente após a descentralização da política de saúde.

Como uma instância de controle social, os conselhos de saúde são espaços contraditórios e conflituosos, que possui componentes com diversos interesses de classe distintos e de segmentos sociais diversos e que podem ora favorecer os interesses da classe dominante, ora os interesses das classes subalternas. A adesão de diferentes

²⁴ Existem diferentes organismos de controle social democrático como, por exemplo, as conferências, os plebiscitos e os referendos populares.

segmentos sociais em torno de um projeto comum societário, que vise a coletividade, faz com que as classes subalternas ali representadas adquiram mais força e representatividade e, conseqüentemente, um poder de intervenção e deliberativo mais amplo. Uma das dificuldades encontradas para o fortalecimento do controle social na atual sociedade é a intervenção do Estado nesta. O controle social deve ser entendido como um importante mecanismo de participação popular nas políticas sociais a fim de evitar sua retração, privatização e mercantilização. Para tanto, faz-se necessário a organização e articulação dos setores populares representativos. A não implementação efetiva do controle social, na atualidade, se dá pela dificuldade de obter transparência administrativa dos gestores públicos, realocação de recursos para outras políticas, “evaporação” de verbas, renegociamento da dívida pública com os organismos internacionais e empréstimos/financiamentos por parte do Estado para o capital, entre outras.

“A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido.”(BRAVO, 2006, pág.20).

Para além das dificuldades já apontadas, a existência de dois projetos societários, um de cunho privatista e outro de cunho público, dificultam o controle social em saúde. De um lado existe toda uma indústria privada de cuidados médicos que busca a sua ampliação, reprodução, desmonte do SUS e possui o Estado e os organismos internacionais como maiores apoiadores e financiadores. De outro, existe um projeto universalista, público, participativo e de qualidade para a saúde. As reformas econômicas ocorridas nos anos 90, de acordo com os ditames do Banco Mundial, levaram a redução do Estado e da política de saúde, que perde a sua universalidade quando volta o seu atendimento só para os que não podem pagar e direciona os mais abastados para os serviços privados; quando faz a oferta de um serviço de atenção

básica, quando subdivide os serviços de saúde em baixa, média e alta complexidade e quando privatiza ou terceiriza serviços em saúde pública.

Fruto de lutas políticas e sociais, as instâncias sociais de controle democrático são focos de resistência ao projeto privatista em saúde do capital e pontos de apoio para a consolidação do SUS, pois seus representantes resistiram a total privatização da saúde e buscam a regressão deste processo. Porém, como limites, há uma grande dificuldade para que a sociedade civil delibere realmente sobre os investimentos de recursos da saúde, tanto no que diz respeito ao seu investimento quanto no montante que é repassado pela União, além do combate às ações assistencialistas, clientelistas e eleitoreiras financiadas pelo dinheiro público e que privilegiam uma minoria de usuários da saúde.

A população precisa conhecer o seu poder de influência nas políticas públicas, a possibilidade de deliberação do fundo público e de mudanças através do controle social e, neste caso específico dos conselhos de saúde, fazer com que o Estado seja forçado a implementar a transparência em sua gestão, pois a coisa pública que é constantemente tratada como coisa de ninguém e que é apropriada por uma minoria como espaço privado terá a fiscalização pública, do povo. Como um dos agentes responsáveis por estabelecer ou fortalecer o controle social como forma de participação popular nas políticas sociais do Estado, emancipação social e retomar as lutas sociais, está o trabalho do Assistente Social, pautado nos paradigmas do Serviço Social.

3.2 O Serviço Social no Controle Social Democrático

No campo específico desta monografia, iremos abordar não uma visão generalista do trabalho do assistente social nas instâncias de controle social democrático, mas sim a sua inserção na política de saúde e as especificidades da sua intervenção profissional na busca por equidade e justiça social.

Com o objetivo de fundar uma nova realidade social pautada num projeto social que acredita na igualdade civil, política, econômica, na universalidade de acesso as políticas sociais, na garantia de direitos sociais, civis e políticos e na justiça social, inscreve-se o trabalho do Assistente Social e o projeto ético-político do Serviço Social.

Desde o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, momento este histórico e modificador, nos anos 80, os profissionais da área bem como as faculdades

incorporaram a temática dos movimentos sociais em seu fazer profissional e currículo acadêmico, respectivamente.

“Nos anos 1990, o debate do Serviço Social se desloca para os espaços de controle democrático, perante o esvaziamento dos movimentos sociais e a implementação dos conselhos. Considera-se, entretanto, que os estudos e intervenções com relação a esses mecanismos precisam estar articulados ao debate relativo aos movimentos sociais.” (BRAVO, 2006, pág. 11).

O trabalho do Assistente Social em movimentos sociais e instâncias de controle social democrático institui-se como educação popular, uma das suas prerrogativas enquanto profissional. Em consonância com o projeto ético-político profissional, os assistentes sociais devem contribuir para a criação de uma cultura política crítica e participativa por parte da sociedade, na busca por cidadania através dos direitos sociais, além de evitar a destruição de conquistas históricas da classe trabalhadora.

“Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais -, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar.” (VASCONCELOS, 2006, pág. 243).

Através de uma intervenção propositiva e qualificada, o assistente social deve capacitar criticamente os cidadãos para que estes se organizem e possam cobrar os seus direitos perante o poder público, alcançar a sua emancipação e modificar a realidade social. É no campo dos conflitos sociais e de interesses que os assistentes sociais interveem com vistas a favorecer a emancipação dos usuários ou de salientar o assistencialismo e clientelismo estatal, a depender de sua visão profissional e compromisso ético-político.

“[...] Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de

uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.” (VASCONCELOS, 2006, pág. 253).

Os assistentes sociais, ao desenvolver sua ação profissional, devem estar pautados nos princípios profissionais, em seu objeto de ação que é a questão social, em um prévio planejamento que resulte em uma intervenção qualificada e que fortaleça a noção do controle social. Com vistas a fortalecer o controle social, o trabalho profissional deve pautar-se na socialização de informações e de esclarecimento, baseadas em sua competência técnico-política, que auxiliem os usuários na análise da realidade social, das políticas sociais, onde estes possam ter uma participação de qualidade e subsidiada pelo conhecimento político, econômico e social.

Á partir da descentralização da saúde, do aumento sociotécnico da divisão do trabalho e da existência de contradições/precarizações no SUS, amplia-se o trabalho do assistente social na política de saúde. Este profissional, conforme as resoluções 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), é um profissional de saúde e como tal deve contribuir para a efetivação do SUS e fortalecê-lo. Como já evidenciado anteriormente, existem duas concepções contraditórias de atendimento em saúde: uma é privatista e a outra pública, onde o Estado privilegia a cada momento histórico uma delas. Na atualidade, o modelo privatista vem sendo amplamente favorecido pelo Estado e o fazer profissional do Serviço Social participa deste tensionamento.

“O discurso de reconhecimento da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassou uma abordagem limitada e centrada em um discurso acríptico e normativo. [...] Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado.” (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, pág.223).

Proporcionar que a sociedade civil interfira nesta realidade pelo controle social é um ponto em comum entre o SUS, o projeto ético-político profissional e o Código de Ética, mas com o avanço neoliberal estes direitos sociais, a democracia e as políticas sociais vêm sendo minimizadas, cabendo ao assistente social, juntamente com outras áreas de atuação profissional, fazer frente a este processo através de uma visão e análise crítica da realidade, que permita ao profissional criar meios de intervenção.

“A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.” (BRASIL, 2010, pág.35).

E no trabalho em Saúde Mental?

“Para Bisneto (2005), uma metodologia de atuação do Serviço Social em Saúde Mental não pode se limitar a contemplar a dimensão da universalidade. Precisa atender às particularidades da organização institucional em que atua e às singularidades dos portadores de transtornos mentais. Como ponto de partida, a prática dos assistentes sociais deve ser baseada numa análise crítica, histórica e social de pelo menos três eixos: do próprio Serviço Social, da Saúde Mental (e seu desdobramento no campo da Seguridade Social) e do estabelecimento concreto da prática profissional. A partir daí, para atender às singularidades, é necessário uma análise permanente da prática, envolvendo os atores institucionais e os acontecimentos no local de trabalho, das determinações sociais que atingem a intervenção, tais como os fatores econômicos, políticos e ideológicos, e a análise das várias implicações dos técnicos e usuários no desenrolar da prestação de serviço.” (QUEIROZ, 2007, pág.9).

O fazer profissional do assistente social na Saúde Mental se dá em uma equipe interdisciplinar e toda de formação terapêutica e ainda exige que este conheça as mais diversas áreas da psicologia e da psiquiatria. Porém, ao apropriar-se de tais conhecimentos, é necessário que o profissional não perca o foco de sua formação acadêmica e distancie-se dela. Ao desviar-se dos caminhos do Serviço Social, o profissional passa a abordar os rebatimentos da questão social a partir da ótica individualista e psicologizante, como se esta fosse facilmente resolvida pela transformação individual. Na Saúde Mental, é possível observarmos que muitos de seus profissionais terapêuticos baseiam a sua prática no tratamento do indivíduo e concebem o fenômeno da loucura como uma questão de ordem individual e biológica. Porém,

como profissional de formação diferenciada, cabe ao assistente social levar a estes profissionais e suas equipes o aporte social do fenômeno da loucura e a transformação social como solução desta.

Visando entender o seu fazer profissional, entrevistamos uma assistente social que possui ampla experiência no campo da Saúde Mental. Segundo a profissional, ela encontrou muitas dificuldades para se inserir em uma equipe majoritariamente terapêutica além de, no princípio, não entender como o Serviço Social poderia se encaixar ali.

“Achava que o Serviço Social destoava ali... Pensava, será que eu não estou dando uma escuta muito psicologizada e terapêutica? Eu não sou psicóloga. Tive uma crise pessoal com isso. Fiz uma autoanálise crítica, comecei a estudar e vi que tem todo o diferencial e que se encaixa muito bem e que é muito importante dar voz a esta questão da subjetividade e que isto faz parte de todo este processo orquestrado e que é importante esta visão mais social, mais crítica dos sujeitos e que a escuta social faz toda a diferença.” (Sandra, assistente social).

Durante o processo de trabalho, o assistente social precisa dialogar com as outras áreas de conhecimento presentes na instituição sem perder o foco de sua atuação. Para isto, é necessário que o profissional se aproprie de outras teorias profissionais, faça o embasamento crítico de sua teoria com as outras e tenha extrema clareza dos eixos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social, como forma de enriquecimento profissional e interventivo. Para Sandra “na saúde mental nós não temos um só objeto de trabalho definido, a gente tem todas as expressões da questão social aqui e fazer esta troca com outros profissionais enriquece o tratamento e o nosso trabalho.”

Quando o assunto é a sua atuação junto aos usuários, a profissional destaca que o principal nesta área é socializar as informações, pontuar os direitos e fazer a interlocução com a rede, a fim de encaminhar estes usuários para as instituições demandadas. Sob a perspectiva dos direitos sociais, Sandra também destaca:

“A gente está aqui não só para cumprir a lei que diz que tem que ter assistentes sociais nas equipes de saúde mental. Existe a importância da militância profissional em busca dos direitos e em torno das propostas da Saúde Mental... Temos que salientar que eles têm direitos sim, enquanto seres humanos, que eles podem e devem participar de todas as instâncias de controle

social, explicamos todos os direitos para eles...Vamos incluindo eles na sociedade assim.” (Sandra, assistente social).

Sendo assim, podemos concluir que nas equipes interdisciplinares de Saúde Mental, o assistente social tem uma importante contribuição teórica e prática que possibilita a apreensão do transtorno mental para além da questão individual e terapêutica. Como profissional de formação crítica e social, ele é o responsável por trazer à tona o direito à cidadania, além de fortalecer e garantir os direitos sociais dos usuários.

Em sua prática, o profissional deve estar orientado pelas bases do Serviço Social, mas também conhecer outras áreas terapêuticas como forma de enriquecimento interventivo e profissional. A clareza de suas competências e atribuições profissionais deve ser o centro de todos estes conhecimentos, pois a partir dela o assistente social não correrá o risco de distanciar-se de sua teoria profissional e incorporar outra atribuição profissional que não é sua.

Ainda é importante que o profissional absorva e compreenda todo o conteúdo possível da Saúde Mental. com o objetivo não só de dominá-lo, mas também de proporcionar uma visão mais crítica em suas análises, uma qualidade melhor em sua intervenção junto aos usuários, um melhor diálogo perante a equipe, gestores e poder público e embasamento sólido para desenvolver o seu papel de educador popular junto as instâncias de controle social democrático de defesa de direitos.

3.3 Breves considerações acerca dos Movimentos Sociais no Brasil

No Brasil, os movimentos sociais eram focos de resistência à Ditadura Civil-Militar nos anos 70 e articulavam-se com sindicatos e partidos políticos na busca por garantia de direitos sociais e cidadania, ou ainda pela incorporação de novos direitos reivindicados por estes.

“Os movimentos sociais surgem como uma concepção alternativa à cidadania desengajada, tendência contra-hegemônica que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais. Justamente por politizar questões sociais, os movimentos refizeram as fronteiras do político e da democracia, indo além do modelo representativo, com seus partidos, instituições e Estado.” (DIAZ, 2008, pág.181).

Ou ainda com o papel de

“Desafiar os códigos dominantes, romper com as invisibilidades e os silêncios, trazer à luz do dia as realidades ancoradas em relações de poder e dominação envernizadas por discursos competentes: eis os principais méritos e desafios dos movimentos sociais na contemporaneidade. Portadores de solidariedade e agentes de conflito, os movimentos sociais são considerados portadores privilegiados das denúncias às variadas formas de injustiça social. No interior da literatura brasileira, encontramos pelo menos duas dimensões acerca da importância dos movimentos sociais: seus impactos na esfera cultural, buscando alterar padrões de sociabilidade com traços autoritários, discriminatórios e opressivos; e as investidas (e impactos) no campo da institucionalidade, tendo em vista democratizar as agências e instituições político-sociais. Nesta perspectiva, amplia-se a própria noção de política que, muito além dos espaços e aparatos público-estatais, diz respeito a uma prática inscrita no cotidiano das relações sociais.” (LÜNCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág.400).

Com a redemocratização do Brasil nos anos 80, os movimentos sociais ganham força, ao terem a sua importância reconhecida e a sua participação respaldada legalmente no cenário político e social do país através da Constituição de 88. Através do reconhecimento dos movimentos sociais, as classes subalternas puderam manifestar e problematizar coletivamente a sua situação perante as classes dominantes, autoridades políticas e toda a sociedade. Já em um momento de crise, o Estado brasileiro se mostra ineficaz e excludente por não poder garantir os direitos sociais e políticos democráticos.

“Em meio ao conflito, os sujeitos coletivos dos movimentos sociais reivindicam seus direitos em cena nos novos espaços públicos. Nestes, os direitos circulam num local anteriormente ocupado por sujeitos individuais com necessidades e privações. Muitos personagens sociais excluídos ou subalternos ganham força no alargamento do campo político.” (DIAZ, 2000, pág. 182).

Nos anos 90, com a redefinição do papel do Estado, os movimentos sociais mudam a sua relação com este, assumem uma nova postura e passam a participar ativamente de instâncias de controle social democrático e a reivindicar sua participação nas mais diversas políticas públicas.

“[...] Embora existam incertezas quanto à possibilidade de se reverter as injustiças e desigualdades seculares, a sociedade civil emergente abre perspectivas inéditas na história brasileira. De afirmativo, constata-se que se desvendam, na relação entre o Estado e a sociedade, espaços de participação e negociação dos sujeitos coletivos, onde são construídos os interesses públicos.” (DIAZ, 2008, pág.182).

Sem uma linguagem política ainda definida, os movimentos sociais buscam a emancipação de seus partícipes de sua condição subalterna, desprovida de cidadania e direitos sociais, cujo objetivo principal é a luta política que modifique as suas condições sociais e políticas. Por ser um espaço heterogêneo, os movimentos sociais não são só espaços de luta coletiva, mas também espaço de divergências internas e de conflitos de interesses contraditórios. Em alguns casos, os movimentos sociais perdem a sua essência e transmutam-se em espaços burocráticos, clientelistas, de manipulação, de apatia ou de instrumentalização de partidos políticos. Quanto a sua participação nos espaços políticos, os movimentos sociais passam por momentos de desqualificação participativa, desencorajamento e desmobilização popular, conservadorismo, cooptação e mercantilização. Há ainda o deslocamento das lutas políticas por direitos sociais para o campo jurídico, podendo influenciar estas e ainda a opressão de alternativas de luta contra hegemônica.

“Assim, uma das características centrais deste quadro analítico diz respeito à compreensão de que os movimentos sociais não se constituem como fenômenos coletivos homogêneos ou como personagens dotados de vontades, projetos e sentidos independentes dos impulsos, pressões e restrições do contexto societal – como puras subjetividades. Muito menos constituem-se como reflexos ou efeitos automáticos e necessários da realidade objetiva. Antes de mais nada, os movimentos sociais são ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam boa parte de suas energias e recursos para o gerenciamento de sua complexidade.”(LÜNCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág. 401).

Quanto á participação popular, os movimentos sociais são pontes de emancipação social por permitirem a articulação de interesses e afirmação de poderes das classes subalternas. De acordo com Diaz (2008), uma outra potencialidade de emancipação dos movimentos sociais está na possibilidade de sua intervenção na esfera estatal.

“Na consolidação da concepção hegemônica da democracia está a inevitabilidade da perda de controle sobre o processo de decisão política e econômica pelos cidadãos e o seu controle crescente por formas de organização burocrática do Estado. O protagonista da sociedade industrial é o especialista e não o cidadão comum. [...]. O surgimento de uma esfera pública não estatal, transferindo práticas e informações do nível social para o nível administrativo como um antídoto social à burocratização do Estado e ao seu afastamento do cotidiano dos cidadãos é uma outra possibilidade e potencialidade dos movimentos sociais. [...]”.(DIAZ, 2008, pág.186).

Ainda na tentativa de entender os movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica que serão apresentados a seguir, é importante compreender que estes podem se dividir em três tipos de condutas diferentes compostas por:

“[...] um movimento reivindicativo, onde o ator coletivo reivindica uma diversa redistribuição ou um funcionamento mais eficiente dos dispositivos; um movimento político que luta pela ampliação da participação nas decisões e se bate contra o desequilíbrio do jogo político; um movimento antagonista que luta não só com a distribuição de recursos e com alargamento da participação política, mas também com a mudança do modelo e da forma de funcionamento do sistema, provocando ruptura dos limites sociais, culturais e de mentalidade até então existentes.” (DIAZ, 2008, pág. 209).

Apresentada as características dos movimentos sociais no Brasil de forma breve e com um recorte à partir dos anos 1970, época em que eles começam a ganhar corpo, passaremos as experiências de movimentos sociais importantes para a implementação da Reforma Psiquiátrica e para a luta por direitos sociais e de cidadania, cujo o pioneiro na área é o Movimento de Luta Antimanicomial.

3.4 O Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil

O “tratamento” dado historicamente á loucura caracteriza-se pela violência asilar e/ou social, além da violação de direitos. Constitui-se também como uma forma de controle do Estado sobre os doentes pobres e sem condições produtivas tão caras ao capital, que reduz a loucura a um fenômeno individual e não social.

“A crítica a esse modelo e a construção de alternativas ao mesmo, representam imperativo ético para os sujeitos sociais envolvidos e comprometidos com o ideal de emancipação humana, tanto no que diz respeito ao aspecto profissional, quanto ao resgate e afirmação dos direitos humanos dos sujeitos adoecidos; muitos destes em decorrência das contradições do sistema de produção capitalista.” (GRUNPETER, COSTA, MUSTAFÁ, 2007, pág.513).

Para além,

“Dentre as diferentes práticas e mecanismos de exclusão e controle que vêm operando – e se sofisticando – em nossas sociedades, sobressai-se, em seus múltiplos aspectos, a realidade do “louco e da loucura”. Transformada, pelos saberes médicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão, a loucura carrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que, ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, faz desligar, de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento humanos.” (LÜNCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág.402).

Buscando alterar a realidade das pessoas portadoras de transtorno mental, implementar a desinstitucionalização, bem como suas condições de trabalho, surge no fim dos anos 70 no Brasil, o Movimento de Luta Antimanicomial. Gestado em uma época de lutas pela democratização do país, o movimento era formado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), além de outros movimentos sociais que defendiam a mudança de tratamento dado as pessoas portadoras de transtorno mental. Tendo os anos 80 com ápice, o intitulado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial se une aos diversos serviços de saúde mental, usuários destes serviços e familiares, na expectativa de terem as suas reivindicações contempladas pela Constituição.

“A teoria dos movimentos sociais é aqui considerada como importante chave analítica para se compreender esta ação coletiva, na medida em que possibilita a avaliação deste tipo de ação social a partir de suas múltiplas configurações, atestando o grau de complexidade do mundo contemporâneo. O movimento antimanicomial constitui-se como um conjunto (plural) de atores, cujas lutas e conflitos vêm sendo travadas a partir de diferentes dimensões sócio-político-institucionais. Trata-se de um movimento que articula, em diferentes momentos e graus, relações de solidariedade, conflito e de denúncias sociais tendo

em vista as transformações das relações e concepções pautadas na discriminação e no controle do “louco” e da “loucura” em nosso país.” (LÜNCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág.399).

Desde o ano de 1987, o movimento se organiza em núcleos espalhados em cidades e estados do país e realiza encontros nacionais na perspectiva de discussões coletivas sobre reivindicações, avanços, retrocessos, entre outros assuntos. Neste mesmo ano, ocorre o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), que contou pela primeira vez com a participação de associações de usuários da saúde mental e familiares. Este congresso representou uma mudança teórica e política significativa para o movimento, que se afasta do Estado e incorpora as entidades sociais na discussão sobre o tratamento dado ao “louco” e adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Ainda neste congresso, é criado um documento conhecido como Manifesto de Bauru, que dá início ao movimento antimanicomial e reforça o vínculo entre profissionais de saúde mental e sociedade na questão do modelo assistencial prestado ao “louco”.

“A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque, significa: “*Movimento* – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; *Nacional* – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; *Luta* – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; *Antimanicomial* – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios”.” (LÜNCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág.403).

Entre os anos de 1987 e 1993, vários núcleos do movimento foram se constituindo país a fora e, em 1993, ocorre o I Congresso Nacional de Luta Antimanicomial, que elabora uma carta com os direitos dos usuários da saúde mental e seus familiares e da organização do movimento. Em seu relatório final, o movimento de luta antimanicomial é descrito como um movimento social, plural, independente, autônomo e que deve aliar-se a outros movimentos sociais, visando a criação de espaços reflexivos que evidenciem sua luta, bem como seu fortalecimento através de representatividade em fóruns, conselhos municipais e estaduais de saúde, entidades,

fóruns sociais, espaços políticos e outros movimentos sociais. O movimento de luta antimanicomial adota dimensões da Reforma Psiquiátrica em sua base política e teórica, dentre as quais destacamos as dimensões técnico – assistencial, voltada para o cuidado em saúde mental; jurídico-política, voltada para os direitos sociais e; sociocultural, voltada a modificação da visão excludente e estereotipizadora da pessoa portadora de transtorno mental.

“Os atores sociais da reforma psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980 vêm constituindo um campo de ações e lutas sociais, a partir de um conjunto de sujeitos e setores, quais sejam: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, hoje MLA, por se constituírem em um sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras, na fundação de uma reflexão profunda e crítica ao modelo da psiquiatria, fazendo surgir, desta forma, uma nova política de saúde mental; a Associação Brasileira de Psiquiatria, por esta entidade estar preocupada com aspectos de aprimoramento científico no campo da psiquiatria; o setor privado, representado pela Federação Brasileira de Hospitais, que disputa verbas da previdência social; a indústria farmacêutica, que divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental, senão único, no tratamento dos transtornos mentais; as associações de usuários e familiares, que deixam de ser objeto de intervenção psiquiátrica para tornarem-se agentes de transformação da realidade. Assim, são estes atores que, com suas ideologias, perspectivas e práticas diferentes constituem um cenário conflitante, de enfrentamento e que conferem o principal campo das tensões na área da saúde mental e psiquiátrica no Brasil. Em um plano geral, os conflitos referentes à questão do louco e da loucura se tornam mais evidentes entre os setores que estão localizados em campos antagônicos: os antimanicomialistas *versus* os manicomialistas.” (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007, pág. 404).

Durante o V Congresso Nacional de Luta Antimanicomial, no ano de 2001, o movimento sofreu uma cisão que perpetua-se até a presente data. Tal cisão ocorreu pelo fato de dois grupos apresentarem neste congresso propostas contraditórias e irreconciliáveis, gerando uma crise organizativa e política interna, causando a divisão do movimento em duas correntes que tiveram adesão em diversas cidades e regiões do país.

“Assim, surgiram a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Em dezembro de 2004, aconteceu em Fortaleza o I Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta

Antimanicomial, evento no qual esteve presente uma comissão de Pernambuco, composta por técnicos e usuários dos serviços substitutivos, ocasião na qual decidiram retomar a militância por “uma sociedade sem manicômios”, constituindo, dessa forma, o *Núcleo de Luta Antimanicomial de Pernambuco – Libertando Subjetividades.*” (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007, pág. 514).

Mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica e no modelo de tratamento dado as pessoas portadoras de transtorno mental, como já salientado no capítulo anterior, é comum o desrespeito aos direitos sociais destas pessoas. Em alguns casos há denúncia de mortes em instituições psiquiátricas e é buscando denunciar tais fatos para a sociedade e principalmente para o poder público que o movimento da luta antimanicomial se articula.

Antagonicamente coexistem no Brasil o modelo de “tratamento” voltado para o asilamento e o tratamento voltado para equipamentos substitutivos, como é o caso dos CAPS’s. Tal coexistência nem sempre é pacífica e integrada, pois alguns serviços substitutivos reproduzem em sua prática concepções ultrapassadas e equivocadas de tratamento que vão contra os princípios da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, do movimento de luta antimanicomial, fazendo emergir, assim, novos manicômios em espaços substitutivos de saúde mental.

É importante ainda, salientar que existem conflitos de interesses entre os donos de hospitais e clínicas psiquiátricas particulares e seus representantes, com os atores da Reforma Psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial, que dificultam a implantação total da reforma. O Movimento de Luta Antimanicomial tem sido de extrema importância política para o modelo de tratamento dado as pessoas portadoras de transtorno mental, para a ressocialização e (re) inserção destes com o meio, para a garantia de seus direitos sociais, bem como o respeito a singularidade, diversidade e subjetividade.

“Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura. Certamente, a loucura evidencia-se mais facilmente sob essa nossa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta.” (Basaglia, 1982 p. 72). (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007, pág. 517).

Em suma, é necessário reafirmarmos que

“A luta pela Reforma Psiquiátrica se liga às estratégias de difusão e ampliação das inovações institucionais construídas no campo da saúde mental. No interior desse movimento visualiza-se as associações usuários e familiares, bem como os movimentos sociais que tem como bandeira a luta antimanicomial, esses espaços constituem-se uma coletiva orientada para uma ação política dirigida à conquista de uma maior visibilidade social, dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Tem sido importante a atuação do movimento de luta antimanicomial no sentido de estar pressionando para a efetivação da Reforma Psiquiátrica com o conseqüente fim dos hospitais psiquiátricos e fortalecimento da rede de atenção à saúde mental de base comunitária e atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a atuação do referido movimento é relevante para a luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais, sobretudo no que diz respeito às denúncias da violação de tais direitos.” (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007, pág. 516).

Sendo assim, passaremos á experiência de um movimento social da região e que tem por base o movimento de luta antimanicomial.

3.5 A ASPAS enquanto espaço de luta coletiva na Saúde Mental em Macaé

“Na atualidade, com as condições objetivas explicitadas de fragilização das lutas coletivas, considera-se como uma estratégia importante o fortalecimento da organização popular, tais como os conselhos, conferências e movimentos sociais, tendo como um dos objetivos o questionamento da cultura política da crise gestada pelo grande capital. Assim, precisa-se ter conhecimento das principais questões que esses mecanismos de Controle Social da Sociedade sobre o Estado têm, como também, atentar para alguns desafios a serem enfrentados.” (BRAVO, 2006, pág. 7).

A Associação de Parentes, Amigos e Usuários da Saúde Mental (ASPAS), surge em 2006 na cidade de Macaé, com o objetivo de dar voz ás pessoas portadoras de transtorno mental e usuárias dos CAPS's do município, aos profissionais da área, bem como lutar perante o poder público na busca de seus direitos e reconhecimento enquanto cidadãos. Assim que surgiu, as reuniões da ASPAS ocorriam a cada dois meses e eram esvaziadas. As pessoas não acreditavam que o movimento pudesse progredir. Porém, a

situação mudou quando em 2009, uma profissional recém chegada ao CAPS Betinho (local onde se tratam e se reúnem grande parte dos associados) engajou-se no movimento e trouxe a sua experiência e as diretrizes do Movimento de Luta Antimanicomial para estes.

“O movimento era frágil e sem perspectivas. As pessoas vinham em uma reunião e não voltavam mais. Mas quando ela (a profissional) chegou trouxe as experiências da associação que ela já tinha participado e aí tudo mudou.” (Seu Edílson, sócio-fundador da ASPAS).

A idéia de fundação da ASPAS veio de um Psiquiatra que trabalhava em Rio das Ostras e participava de uma associação do mesmo tipo naquele município. A implementação de sua idéia fez com que o profissional fosse buscar auxílio com uma das lideranças de um movimento social em Saúde Mental de Búzios, que foi o responsável por esclarecer as premissas de um movimento social.

“Depois que essa pessoa de Búzios veio aqui a idéia foi sendo alinhavada por uma Psicóloga e por um Terapeuta Ocupacional e aí ganhou corpo.” (Seu Edílson).

Quando surgiu, os integrantes da ASPAS eram os funcionários e os usuários do CAPS Betinho mas, atualmente, grande parte dos associados são os usuários do CAPS Betinho, porem, os profissionais participam quando há necessidade. Atualmente, a ASPAS possui grande representatividade na região e costumam ser convidados para os mais diversos eventos, á fim de contar a sua experiência e se apropriar de novos conhecimentos e parcerias.

“Vamos a várias conferências, vários encontros. Fomos ao Maracanãzinho, a São João da Barra... até em Brasília um integrante daqui foi para falar da Saúde Mental. Eu sou sócio-fundador, sou o mais antigo aqui... sou convidado para vários lugares e falo mesmo das coisas, da política, dou depoimento... Fui em uma Jornada de Psicologia ... e os psicólogos todos estavam falando em Freud e eu fui lá abri a boca e pensei: vou falar mesmo é sobre a prática. Pedi a fala e falei. Ficar na teoria... é melhor a prática, né? Esse encontro rendeu alguma coisa porque vieram quatro pessoas pra procurar a gente e conhecer. Rendeu alguma coisa, né? (Seu Edílson).

A escolha do corpo diretor da ASPAS é feita por eleição entre os associados. Na gênese do movimento, os profissionais participantes eram escolhidos como presidente, mas com o passar do tempo os usuários acharam melhor ser alguém deles a assumir a associação. Atualmente, o Seu Edílson é o presidente, se encontra na segunda gestão e acredita que a sua escolha para gerir o movimento se deve ao fato dele ser o membro mais antigo da ASPAS. Existe ainda na associação um vice-presidente, um tesoureiro e uma secretária, onde todos são usuários do CAPS Betinho. Para ocupar o cargo e ter embasamento para defender os direitos dos usuários da Saúde Mental de Macaé, Seu Edílson nos conta que lê sobre o tema e vê muitos documentários, filmes, além de gostar muito de falar e ler sobre política, entre outros, e tudo que aprende repassa para os colegas de associação e tudo que os associados aprendem em outros espaços repassam para os colegas. É uma troca coletiva onde ninguém é detentor absoluto do conhecimento e onde todos tem voz e participação.

“A gente não quer ser coitadinho. A gente quer os nossos direitos... A gente não quer se envolver com político. Tem gente que quer vender voto para político e aí eu falo: você ainda tá nessa de vender voto? Quando você for cobrar a ele (o político) os seus direitos, ele vai dizer que não te deve nada porque pagou pelo voto.” (Seu Edílson).

A ASPAS é uma associação filantrópica, legalizada, possui Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), Conta Bancária, Alvará de Funcionamento, entre outras documentações necessárias para o funcionamento. A única coisa que a ASPAS não possui é uma sede própria, atualmente funcionando no refeitório do CAPS Betinho. Durante um curto período de tempo a ASPAS chegou a ter uma sede, um imóvel alugado, mas com a retirada do valor da subvenção que a Prefeitura Municipal de Macaé repassava ao movimento, o espaço teve que ser devolvido. Por não possuírem uma sede própria e também para facilitar o acesso e a participação de outros usuários da saúde mental no município, a ASPAS promove reuniões em outros dispositivos de saúde mental do município. Atualmente, os associados da ASPAS, em parceria com os funcionários do CAPS Betinho, promovem chás, bingos, almoços, entre outras atividades, para angariar verbas necessárias á manutenção da associação. Tal fato se deve ao fato de que parte das lideranças políticas municipais que vêm no movimento

uma ameaça a sua legitimidade e poder, pois a ASPAS denuncia o descaso público com a saúde mental e seus usuários.

Os representantes da ASPAS dizem que ela não sofreu nenhum retrocesso em suas conquistas, mas apontam algumas lutas em andamento e que esperam conquistar, como a explicação sobre o que aconteceu com o carro do CAPS que a última administração se apropriou e que foi comprado com verbas federais; o desaparecimento de verbas federais para a manutenção do programa de saúde mental, que passa constantemente por dificuldades de manutenção; e a luta pelo passe livre para que os usuários possam circular livremente pelo espaço urbano e não só nos dias do tratamento.

“Para mim a ASPAS não retrocedeu em nada. Quem retrocedeu foi o poder público que não estava acostumado a ouvir os usuários da saúde mental e tiveram que ouvir por causa do nosso trabalho e o nosso trabalho incomoda muito. Com isso nós perdemos algumas coisas como a verba municipal que servia para pagar os profissionais que prestavam serviços como oficineiros e contador para a associação... Era pouco, quatro mil reais em dez parcelas, mas nos ajudava bastante. Não estávamos devendo nada, não tinha nada errado. Tiraram por política. Uma vez fecharam o CAPS por falta de papel higiênico e eu fiz um ofício e mandei para a secretaria de saúde avisando que da próxima vez que fechassem o CAPS por falta de material eu iria até o Ministério Público.” (Carlos Henrique).

A ASPAS tem muitas conquistas em seu currículo, como o direito a ter o Passe Social, que se constitui no direito de usar o transporte público municipal para se locomover de casa para o CAPS e vice-versa, e que antes só era concedido aos deficientes mentais, físicos, portadores de doenças que necessitam de cuidados diários e idosos; a audiência pública ocorrida em novembro de 2011, que ocasionou importantes mudanças como a mudança na dieta fornecida pela prefeitura, que era inapropriada para alguns usuários que possuem restrições alimentares, entre outras; a inserção de alguns usuários no mercado formal de trabalho e na escola; a conquista de voz e voto no Conselho Municipal de Saúde.

“Quando a gente chegou lá eles acharam que não ia dar em nada, que a gente era doido, maluco. A primeira atitude deles (conselheiros de saúde) foi assim. Eu queria fazer parte como comissão de saúde mental e eles disseram que eu não tinha

direito a voz e voto. Como eu sou representante de uma instituição e não tenho representatividade? Ai eles pararam e pensaram durante um mês e deixaram participar. Não tinha ninguém lá da saúde mental e a saúde mental faz parte da saúde. Hoje nós conseguimos isto. Mostramos tudo através da lei.” (Carlos Henrique, vice-presidente da ASPAS).

Os representantes da ASPAS ainda destacam que todas as lutas empreendidas e alcançadas até hoje se devem ao fato deles provarem perante a sociedade e o poder público que fazem um trabalho sério e que não são só mais uma associação sem representatividade e bandeiras de luta. Eles ressaltam que carregam um grande estigma e buscam não fazer nada de errado para que não sejam desacreditados em sua ação.

Por fim, Carlos Henrique salienta que eles sempre carregarão o estigma de loucos porque a loucura é um processo histórico de mais de dois mil anos e que mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica, a (re) socialização deles com a sociedade ainda levará muito tempo e será extremamente difícil, porque a sociedade não está acostumada com as diferenças.

Como pudemos observar durante todo este capítulo, o controle social é uma forma de tomada de poder da população na gestão e fiscalização das políticas sociais. Através da experiência da ASPAS, é possível o empoderamento das parcelas subalternas e estigmatizadas da sociedade, sob a perspectiva de enfrentamento da realidade social dada na busca pela garantia de direitos, cidadania e mudança social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gestado durante o Movimento de Reforma Sanitária, que estabeleceu importantes mudanças no atendimento em saúde pública brasileira, o SUS representa um marco histórico mundial por ser uma das poucas políticas sociais voltadas para a universalidade, integralidade e equidade no atendimento. Em sua gênese, ela se configurava como uma política social não excludente, não seletiva e não contributiva, porém com o avanço neoliberal e as mudanças ocorridas na política econômica, a essência do SUS é manipulada e perde alguns de seus princípios originais, que passam por um processo de releitura por parte do Estado e dos organismos internacionais devido à dívida pública e as constantes investidas do mercado privatista de saúde.

Atualmente, a política de saúde passa por um momento de desmonte do Estado e por um processo de perda de credibilidade junto à sociedade. Orientados pela lógica neoliberal, tais processos aceleram e incentivam o crescimento do mercado privado de planos de saúde, hospitais, clínicas particulares e indústria farmacêutica, além de transformar as políticas sociais obtidas com lutas históricas das classes trabalhadoras em políticas de mercado. De fato, o SUS nunca foi implementado em sua totalidade, pois desde seu surgimento ele nunca funcionou de forma plena e de acordo com todas as suas diretrizes. Cabe as instâncias de controle democrático e outros movimentos da sociedade civil, através de conferências e da participação nos conselhos, entre outros espaços²⁵ lutarem para que a política de saúde não regreda ainda mais e que os avanços preconizados pelo SUS sejam implementados em sua totalidade.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, oriundo do Movimento de Reforma Sanitária e principalmente do SUS, representou um grande avanço no modelo assistencial prestado às pessoas portadoras de transtornos mentais, porém para a sua total efetivação há um longo caminho a percorrer. A existência de clínicas e hospitais psiquiátricos que reproduzem a violência asilar, ainda aponta o quanto a política de saúde mental precisa evoluir, a falta de equipamentos substitutivos aos hospitais e de investimentos adequados nesta política também são pontos a se considerar.

Porém, como avanços da Reforma Psiquiátrica, podemos apontar a criação dos CAPS's, das Residências Terapêuticas e de algumas leis voltadas para a proteção das

²⁵ Destacamos aqui como um desses outros espaços de mobilização e controle social democrático a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde que se organiza como fóruns em 18 estados, 14 municípios e no Distrito Federal. A Frente tem como bandeira de luta um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

peessoas portadoras de transtornos mentais. A criação de tais leis, como a Lei 10.216/2001, por exemplo, são um marco para tais pessoas, que deixam de ser enxergadas como doentes e passam a ser vistas como seres humanos que possuem sentimentos, vontades, necessidades e direitos. Principalmente direitos. Vivemos em uma sociedade cujas relações sociais se dão por meio do mercado e são pautadas na exploração do trabalho e na dominação de uma classe sobre a outra, onde quem não se encaixa no perfil padronizado de comportamento e de vida é visto como diferente, estranho, ameaçador e até mesmo perigoso. Infelizmente, na sociedade atual, perdemos a nossa subjetividade individual em detrimento de uma subjetividade coletiva: a subjetividade do capital onde a capacidade de consumo é apontada como status e poder, onde a aparência é mais importante que a essência e onde quem é indiferente ao capital e mantém a sua subjetividade individual é considerado inadequado á sociedade e ao convívio social.

Em diversas sociedades, a figura do “louco” foi vista de formas diferenciadas. Na Grécia Antiga, eram vistos como figuras divinas e como tal podiam vagar livremente pela sociedade; na Idade Média, eram vistos como figuras possuídas demoniacamente e eram trancafiados; no Iluminismo, os “loucos” eram vistos como seres sem moral, razão, e conseqüentemente, improdutivos. Nos séculos e anos seguintes, a figura do “louco” continuou a ser julgada socialmente e aprisionada, renegada em espaços asilares subumanos que causaram muitas mortes e contam com um macabro enredo de histórias de torturas físicas e psicológicas. Os mais pobres e o desempregados, historicamente, sempre foram as vítimas preferidas para tais práticas asilares, por se constituírem enquanto classe subalternas e sem poder de representatividade e denúncia na sociedade.

E hoje, como a sociedade trata o “louco”? Na sociedade capitalista atual, podemos não ter casos tão latentes de maus tratos físicos e psíquicos por causa das mudanças ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica, porem a pessoa portadora de transtorno mental continua a ser renegada socialmente. Não temos mais com tanta constância, somente em alguns casos isolados, os maus tratos físicos, porem temos a indiferença da sociedade, do Estado e a violação ou negação de direitos que ferem mais a dignidade humana do que o corpo durante o flagelo. É necessário compreender que as pessoas portadoras de transtorno mental, antes de tudo, são seres humanos dotados de direitos, sentimentos, possibilidades, necessidades, cidadania. Eles não são os vilões, são as vítimas de um modelo de sociedade cruel que culpabiliza os sujeitos por suas condições de vida e que não reconhece que o adoecimento mental é um fruto histórico

social que vem emergindo cada vez mais, principalmente entre os mais pobres e aqueles que sofrem as pressões do capital.

A acumulação do capital, o renegociamento da dívida pública, a realocação do fundo público, o desmonte das políticas sociais e o enfraquecimento/esvaziamento das instâncias de controle democrático, representam um agravante para a garantia de direitos sociais e para a cidadania. Em nome do capital, violam-se os direitos humanos e sociais destas pessoas, como vem acontecendo recentemente com as internações compulsórias para usuários de crack respaldadas pelo Estado, e que incentivam a mercantilização da loucura e faz multiplicar os equipamentos de saúde privada.

Para evitar tais desmandos e enfrentar esta realidade, faz-se necessário que a sociedade se una em uma luta coletiva voltada para a garantia de sua cidadania e da democracia, onde as instâncias de controle democrático são de extrema importância por terem membros da sociedade civil no seu interior. Nas conferências são propostas e discutidas ações que visam o melhor funcionamento da política social discutida, bem como a melhoria de seu acesso e atendimento, que podem ser incorporadas ou não pelo poder público. Já nos conselhos, são deliberadas propostas para a política social ao qual ele pertence, fiscalizado o recebimento e o repasse de verbas públicas e acompanhado de perto as condições de tal política e como ela vem sendo conduzida. Composto também por membros da sociedade civil, os conselhos são espaços de discussão heterogêneos e conflituosos, pois nem sempre os conselheiros compartilham da mesma visão de sociedade, de papel do Estado e de universalização de direitos. Existem também os movimentos sociais que são espaços representativos e que aglutinam determinadas parcelas da população que reivindicam coletivamente por um determinado propósito como, por exemplo, o direito à terra, a moradia, entre outros.

Tomar para si o controle social democrático e seus espaços de luta, faz com que as classes sociais se apoderem dos destinos políticos, econômicos e sociais do Estado, controlando-o em sua gerência e organização. A tomada do controle social também é uma forma de mudar os rumos da sociedade atual e enfraquecer o capital, pois tendo o povo em sua gerência, o Estado não poderá mais fortalecer só os interesses da classe burguesa e controlar e coagir a grande massa trabalhadora como vem acontecendo. A chave de mudança de uma sociedade opressora e desigual para uma sociedade igualitária e livre da exploração passa pelo controle social popular.

Provas do poder popular não faltam em nossa história: a garantia de direitos sociais pela classe trabalhadora, as conquistas dos Movimentos Sanitário e da Reforma

Psiquiátrica, a criação do SUS, o Movimento de Diretas Já, e mais recentemente os inúmeros e expressivos protestos que tomaram conta de nosso país, onde a população pode mostrar toda a sua insatisfação com o Estado e poder público, além de exercitar a sua capacidade de reivindicação e o seu poder de enfrentamento e obtenção de conquistas sociais. A articulação popular é um importante instrumento de fiscalização e de expressão das classes dominadas, pois através dela podemos influir nos rumos políticos, econômicos e sociais da sociedade e fazer cumprir nossos direitos, mostrando ao Estado que não somos fantoches manipulados por ele e pelas classes dominantes a seu bel-prazer, e que podemos sim retirá-los do poder e instituir um governo popular e mais justo.

Para tanto, convém que as classes dominadas tenham embasamento social, político, econômico e ideológico que deem sustentamento a uma leitura e análise crítica da realidade social e do papel do Estado. Profissional dotado de tais características e de outras mais de suma importância para o real empoderamento das classes dominadas, o assistente social tem a função enquanto educador popular de orientar, esclarecer e auxiliar os componentes das instâncias de controle social democrático e dos movimentos sociais em sua luta pela garantia de direitos.

Por fim, concluímos que a experiência da Política de Saúde Mental e, principalmente, a convivência e vivência com as pessoas portadoras de transtorno mental, mostra-nos que a (re) inserção social, a (re) socialização, a troca de conhecimentos e a formação de consciência nestas pessoas é possível. A ASPAS é um exemplo de movimento social embasado criticamente e que tem obtido avanços na conquista e manutenção de direitos sociais na região. Composto e gerido por usuários da política de saúde mental do município de Macaé, o movimento tem as mesmas premissas do movimento de luta antimanicomial e prova que é possível a pessoa portadora de transtorno mental a auto-gestão, a participação social e o entendimento da realidade, ao contrário do discurso de desvalorização e mistificação destes prestado ao longo dos séculos por indivíduos tolos e pragmáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de . O Nascimento do SUS. In: SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2 ed. rev. ampl. / Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto: Hucitec: São Paulo: 2007.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: Pós- neoliberalismo : as políticas sociais e o estado democrático .Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.SADER, E e GENTILI, P. (Orgs.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2007. In: SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2 ed. rev. ampl. / Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto: Hucitec: São Paulo: 2007.

_____. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf

BRAVO, Maria Inês de Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias de controle social democrático. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Disponível em: <http://flaviaseso.blogspot.com.br/2013/03/livro-servico-social-direitos-sociais-e.html>

_____. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete, MIOTO Regina Célia Tamasso, SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. (Organizadoras). São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

_____. Fundamentos de Política Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf

BEHRING, Elaine Rossetti. e SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Questão social e direitos. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e história. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

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

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>

CONTE, Marta. Violência e Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciamartaconte.pdf>

CORREA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. Marxismo e Política: A dualidade de poderes e outros ensaios. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTO, Maria Cristina Ventura, MARTINEZ, Renata Gomes (org.). A Saúde Mental sob o marco da Saúde Pública. In: Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ: Rio de Janeiro, 2007.

DIAS, Edmundo Fernandes. A liberdade (im) possível na ordem do capital: reestruturação produtiva e passivização. Cidade: editora, 2ª edição, nº 29, setembro de 1999.

DIAS, Míriam Thaís Gutierrez. A reforma psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa>

DIAZ, Fernando Sobhie. Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “novo” na história da Psiquiatria do Brasil. Tese de Doutorado da Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3983>

ESPING-ANDERSEN. Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem social. In: Lua Nova, n.35, 1995.

FERRAZZA, Daniele de Andrade. A Medicalização do Social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde. Tese de Mestrado da Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, 2009. Disponível em: http://www.fio.edu.br/psicologia/publicacoes/artigos/medicalizacao_social.pdf

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. O Financiamento federal da Saúde Mental após o pacto da saúde. Disponível em www.editoraufjf.com.br

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. Disponível em: <http://www.simca-cachoeirinha.org.br/pdf/artigos/sara-granemann-fundacoes-estatais.pdf>

GERSCHMAN, Silvia. A Democracia Inconclusa: Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. 4 ed. LTC: Rio de Janeiro: 1988.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>

GUERRA, Yolanda. Direitos sociais e sociedade de classes: O discurso do direito a ter direitos.

GUIMARÃES, Andrea Noeremberg. A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoAndreaGuimaraes.pdf>

GRUNPETER, Paula Veloso. COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da. MUSTAFÁ, Maria Alexandra Ribeiro. O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e os Direitos Humanos dos portadores de transtornos mentais. In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v

HEIDRICH, Andrea Valente. Reforma Psiquiátrica á Brasileira: análise sob a perspectiva de desinstitucionalização. Tese de Doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. Revista Temporalis, nº 3, 2001 abepss

LÜNCHMAN, Lígia Helena Hahn e Rodrigues, Jefferson. O Movimento Antimanicomial no Brasil. In: Ciência e Saúde Coletiva, n° 12, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200016&script=sci_arttext

NETTO, José Paulo. Cinco Notas á Propósito da questão social. In: Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 3ª ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001.

MARX, Karl. A questão judaica. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé, s/d.

MONTEIRO, Carlos. Terceiro Setor e Questão Social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. In: Serviço Social e Sociedade n° 59, Editora Cortez, 1999.

MORAES, Reginaldo C., Reformas Neoliberais e Políticas Públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações estado – sociedade. In: Educação Social, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/ 2002, p. 13-24. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. Políticas Sociais Contemporâneas: teses para discussão.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de. Política Nacional de Saúde Mental. In: SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2 ed. rev. ampl. / Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto: Hucitec: São Paulo: 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica. Tese de Doutorado da Universidade Federal da Bahia, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>

PASHUKANIS. A Teoria Geral do Direito e do Marxismo. Coimbra: Centelha, 1997.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete, MIOTO Regina Célia Tamaso, SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. (Organizadoras). São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: Serviço Social e saúde – ABEPSS. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

REIS, Wagner dos. Trabalho de Conclusão de Curso. UFF/PURO.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos, PEREIRA, Ivana Carla Garcia, BISNETO, José Augusto, VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Judite Pereira da. Uma Reflexão sobre a Psiquiatria e as leis da Modernidade. In: Revista da Faculdade de Direito do Alto Paranaíba. Cidade, editora, data

UGÁ, Vivian Domínguez. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. In: Revista de Sociologia Política, Curitiba, 23, p. 55-62, nov. 2004.

UHR, Deborah. A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. In: LABORE Laboratório de Estudos Contemporâneos/ POLÊMICA Revista Eletrônica. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3730>

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na Saúde. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

VIEIRA, Evaldo. Política econômica e política social. In: Direitos e Política Social. São Paulo: Ed. Cortez, 2004.

VITAL, Natália Silva. A atuação do Serviço Social na área da saúde Mental frente ao Neoliberalismo. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/monografias/103142713.pdf>

Revistas Utilizadas

“A internação compulsória é sistema de isolamento social não de tratamento.” Por: Gabriela Moncau. Págs. 15ª 17. In: Revista Caros Amigos, ano XV, nº 175, Outubro de 2011.

“Internação a força resolve?” In: Revista Época, nº 690, 8/8/2011. Pág. 102 a 110. Ed. Globo.

ANEXO

Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento

de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2 .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do

estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei. Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant