



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Valdízia Karen Isabela dos Santos Gomes

MEDIATIZAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB.

CAMPINA GRANDE-PB

DEZEMBRO - 2012

Valdízia Karen Isabela dos Santos Gomes

MEDIATIZAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Orientadora: Prof^a Ms. Sandra Amélia S. Silveira.

CAMPINA GRANDE-PB
DEZEMBRO/2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

G633m Gomes, Valdízia Karen Isabela dos Santos.

Mediatização de direitos sociais: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB./ Valdízia Karen Isabela dos Santos Gomes. – 2012.

72f.; il, color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Msc. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social”.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Serviço Social. 3. Direitos Sociais. 4. Emergência psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
(Mário Quintana)

VALDÍZIA KAREN ISABELA DOS SANTOS GOMES

MEDIATIZAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Aprovação em 12 de Dezembro de 2012.

Nota: 9,0 (nove)

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira – CCSA/UEPB
Orientadora

Lúcia Maria Patriota

Profs. Ms. Lúcia Maria Patriota – DSS/CCSA
Membro da Banca

Thaísa Simplício Carneiro

Profa. Ms. Thaísa Simplício Carneiro - DSS/CCSA
Membro da Banca

Campina Grande
2012

AGRADECIMENTOS

A Deus, “minha rocha inabalável, meu socorro bem presente nos momentos mais difíceis, minha torre forte, meu Senhor e Rei, meu consolo nas aflições”. Agradeço primeiramente, pela salvação de minha alma, por me proporcionar mais essa vitória em minha vida, enfim, por ser meu tudo, pois tenho convicção de que nada sou e nada tenho se Dele não me vier.

A Dalva, minha mãe, que com seus conselhos e atitudes, sempre foi o exemplo de determinação, garra, coragem e luta em quem me espelhei para nunca desistir de meus sonhos e objetivos, pois como ela mesma costuma dizer: “Não há vitória sem luta!”.

A Valdir Gomes, meu pai, por contribuir para tornar possível tal realização.

A meu namorado Wallace Júnior pelo amor incondicional que sempre me dedicou e pelo apoio, incentivo, estímulo nos momentos de desesperança, constituindo-se num grande incentivador na minha caminhada.

A meus irmãos Karina, Ricardo e Roberto, por se fazerem sempre presentes em minha vida.

A meus tios e tias, minhas avós: Isabel e Lourdes, enfim, toda minha família que amo demais.

A Ângela Isabele, minha amiga, prima, irmã, confidente, com quem compartilhei e compartilho momentos inesquecíveis. Afinal, conforme certo ditado: “quem encontrou um amigo encontrou um tesouro”.

Às pessoas que me ajudaram no decorrer do curso, dentre as quais cito: Patrícia.

As amigas que cativei no curso de Serviço Social, dentre as quais: Leilane, Samara, Gilcilene, Ana Luíza, Íris, Elizabeth, amigas para uma vida toda, são pessoas fundamentais que de uma forma doce se tornaram inesquecíveis.

A Yane e José, meus amigos do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS), com os quais passei por momentos incríveis de debates profícuos, conversas, confidências, alegrias e força.

A Hilda Macleide, supervisora de campo que, com muito boa vontade, pôde me fornecer os subsídios para uma atuação profissional competente.

A minha orientadora Sandra Amélia, que com afinco e competência, constituiu-se em peça fundamental não apenas na construção deste trabalho de conclusão de curso, mas na minha formação acadêmica e profissional como um todo.

A minhas professoras Adriana Freire, Cibelly Michalane, Lúcia Patriota, Christiane Maracajá, Marta Moura, Thaísa Simplício, por terem contribuído decisivamente na minha formação acadêmica e, em especial, meu professor Geraldo Medeiros Júnior, que desde o primeiro ano do curso me encoraja a explorar minhas potencialidades, dando-me a motivação necessária para ingressar em atividades acadêmicas que muito contribuem no meu crescimento enquanto assistente social em formação.

Aos professores que se disponibilizaram a participar da banca examinadora.

A todos, o meu mais sincero: MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. LOUCURA: CONCEPÇÕES E FORMAS DE TRATÁ-LA NO DECORRER DA HISTÓRIA.....	12
1.1 – Construção social da loucura: de “manifestação dos Deuses” à objeto de enclausuramento;	12
1.2 – Uma luz no fim do túnel: Reforma Psiquiátrica.....	16
1.3 – Assistência Psiquiátrica no Brasil.....	20
1.3.1 - Saúde Mental em Campina Grande – PB	30
2. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DIREITOS SOCIAIS.....	34
2.1 – Serviço Social e mediatização de direitos sociais.....	34
2.2 – Inserção do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil	40
3. RESULTADOS DA PESQUISA.....	45
3.1 – Contextualizando o Serviço Social na Emergência Psiquiátrica	45
3.2 – Os direitos sociais na ótica dos familiares de usuários da Emergência Psiquiátrica	48
3.3 – Percepção das assistentes sociais da Emergência Psiquiátrica acerca de direitos sociais e dos desafios à sua mediatização	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	71

MEDIATIZAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB.

RESUMO

No decorrer da história, os portadores de transtorno mental foram segregados em instituições asilares, excluídos do convívio social e familiar, não sendo considerados cidadãos. Entretanto, a partir da Reforma Psiquiátrica está em curso uma ruptura com o modelo psiquiátrico asilar, substituindo gradualmente os manicômios por novos serviços que visem a autonomia e ressocialização dos portadores de transtorno mental. Estes serviços substitutivos configuram-se como importantes espaços sócio-ocupacionais para o assistente social. Neste sentido, o interesse pela temática da Saúde Mental surgiu das observações feitas no campo de estágio, levando-nos à realização de uma pesquisa que teve por objetivo geral analisar os desafios que se colocam ao assistente social na tentativa de mediatizar direitos sociais na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB, e por objetivos específicos: identificar como os direitos sociais dos usuários se apresentam no cotidiano dos assistentes sociais que atuam na Emergência Psiquiátrica; verificar o conhecimento dos familiares dos usuários da Instituição acerca dos direitos dos mesmos; conhecer os meios utilizados pelos assistentes sociais na tentativa de mediatizar direitos sociais; discutir os limites e potencialidades colocados para a mediatização dos direitos sociais dos usuários no cotidiano profissional dos assistentes sociais. O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado da referida pesquisa, que teve como sujeitos 02 assistentes sociais e 10 familiares de usuários da instituição. Tratou-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado no período de junho/julho de 2012. Teve como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e para tratamento dos mesmos, a análise de conteúdo. Dentre os resultados obtidos destacamos a ausência da família na vida do portador de transtorno mental, a falta de intersectorialidade na política de Saúde Mental no município e as precárias condições de trabalho do assistente social, são os principais empecilhos para o assistente social realizar um trabalho de mediatização de direitos sociais.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Serviço Social. Direitos Sociais. Emergência Psiquiátrica.

MEDIATIZATION OF SOCIAL RIGHTS: an analysis about the challenges posed to the social worker in the Psychiatric Emergency of Campina Grande – PB

ABSTRACT

Throughout history, people with mental illness in nursing homes were segregated, excluded from society and family, not considered citizens. However, from the Psychiatric Reform is an ongoing disruption to model psychiatric asylum, gradually replacing asylums for new services aimed at autonomy and rehabilitation of patients with mental disorders. These replacement services are configured as important spaces for socio-occupational social worker. In this sense, the interest in the area of mental health has emerged from the observations made in the training field, leading us to the realization of a research aimed at analyzing the challenges facing the social worker in an attempt to mediate social rights in the Psychiatric Emergency Campina Grande - PB, and specific objectives: to identify the social rights of users are present in everyday social workers who work in Emergency Psychiatric; verify the knowledge of the families of users of the institution about the rights of same; know the means used by social workers in an attempt to mediate social rights; discuss the limits and possibilities posed for the media coverage of the social rights of users in daily work of social workers. This Labor Completion of course is the result of that survey, which had subjects like 02 social workers and 10 family members of users of the institution. It was a case study with a qualitative approach, conducted during June / July 2012. Technique was to collect data and semi-structured interview for the same treatment, the content analysis. Among the results highlight the lack of family in the lives of patients with mental disorders, lack of intersectoral policy on Mental Health in the municipality and the poor working conditions of social workers, are the main obstacles for the social worker to perform a job mediatization of social rights.

Keywords: Psychiatric Reform. Social Service. Social Rights. Psychiatric emergency.

LISTA DE SIGLAS

AGEVISA – Agência Estadual de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

COI – Clínica de Orientação da Infância

COJ – Centro de Orientação Juvenil

CT – Conselhos Tutelares

FACISA – Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas

FIP – Faculdade Integrada de Patos

ICANERF – Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Assistência à Saúde da Família

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PSF – Programa de Saúde da Família

REME – Movimento de Renovação Médica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

URSM – Unidade de Referência em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental em todo o mundo e no Brasil caracterizou-se, por um longo tempo, pela exclusão social e familiar dos portadores de transtorno mental, configurada em seu confinamento em instituições asilares/manicomiais. Os mesmos perderam sua identidade enquanto pessoa, adquirindo o estigma de perigosos, improdutivos, incapazes. Não eram considerados cidadãos.

As duas Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a condição humana e a identificar semelhanças entre os campos de concentração e os hospícios. Em decorrência disto, alastraram-se por todo mundo experiências socioterápicas questionadoras do modelo psiquiátrico que até então se forjava, iniciando-se processos de Reforma Psiquiátrica, com fortes repercussões no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica brasileira representa um grande avanço na área da Saúde Mental, posto que visa tratar os portadores de transtorno mental de forma humanizada, enquanto cidadãos. Tem como proposta a desinstitucionalização que, em suma, trata-se da substituição dos manicômios por serviços em que os usuários sejam atendidos no momento em que deles necessitarem retornando, em seguida, ao convívio familiar e social.

Contudo, o neoliberalismo que marca a conjuntura atual tensiona esses avanços, à medida que objetiva reduzir custos, atacando veementemente os direitos sociais e sucateando as políticas de Seguridade Social, dentre as quais se situa a política de saúde.

A partir da nossa inserção no estágio obrigatório, compreendido de março de 2011 a junho de 2012, pudemos perceber tais tensões, o que nos motivou a realização de uma pesquisa, da qual se originou o presente Trabalho de Conclusão de Curso, que teve como objetivo analisar os desafios colocados ao assistente social na tentativa de mediatizar direitos sociais na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB. Os objetivos específicos foram: identificar como a questão dos direitos sociais dos usuários se apresenta no cotidiano dos assistentes sociais que atuam na Emergência Psiquiátrica; verificar o conhecimento que os familiares dos usuários da Instituição têm acerca dos direitos dos mesmos; conhecer os meios

utilizados pelos assistentes sociais na tentativa de mediatizar direitos sociais; e discutir os limites e potencialidades colocados para a mediatização dos direitos sociais dos usuários no cotidiano profissional dos assistentes sociais.

Na referida pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram 02 assistentes sociais que atuam na Emergência Psiquiátrica e 10 familiares de usuários da instituição, internos no período de realização da pesquisa (junho/julho de 2012). Tratou-se de um estudo de caso, que “se fundamenta na idéia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática e precisa” (GIL, 1994, p. 79). Foi adotada uma abordagem qualitativa, já que esta se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2001).

Destarte, essa pesquisa constitui-se relevante tanto para o meio acadêmico quanto para os profissionais de Serviço Social da Emergência Psiquiátrica, posto que, de um lado, poderá trazer contribuição teórica à produção de conhecimento no Serviço Social e, por outro lado, discorrer sobre os desafios colocados ao assistente social na defesa de direitos, o que tende a propiciar elementos para refletir sobre caminhos alternativos e estratégias para uma maior efetividade na mediação do acesso aos direitos dos usuários.

Nosso trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro abordamos as concepções e formas de tratar a loucura no decorrer da história, enfatizando a assistência psiquiátrica no Brasil, e a emergência do processo de Reforma Psiquiátrica. O segundo capítulo discute o Serviço Social como mediador de direitos via políticas sociais e sua inserção na área da Saúde Mental em nosso país. Na terceira parte contextualizamos o campo de estágio, analisamos os desafios encontrados pelos assistentes sociais que atuam na Emergência Psiquiátrica para a mediatização dos direitos sociais, bem como as concepções das referidas profissionais e dos familiares dos usuários da instituição, acerca de tais direitos.

1. LOUCURA: CONCEPÇÕES E FORMAS DE TRATÁ-LA NO DECORRER DA HISTÓRIA

Desde os tempos mais remotos, a loucura configurou-se em objeto de questionamentos e conjecturas sobre seu significado, causas e os tratamentos cabíveis. Nas diversas sociedades as concepções e as abordagens da loucura são perpassadas pelas relações sociais em cada contexto. Desse modo, vejamos sua conotação em diversas sociedades e épocas.

1.1– Construção social da loucura: de “manifestação dos Deuses” a objeto de enclausuramento

Na Antiguidade Clássica, era atribuída à dimensão mítico-religiosa poder para determinar a loucura. Pessotti (1994, p.14) ilustra tal assertiva ao fazer menção às obras produzidas no período supracitado, a exemplo da *Ilíada* de Homero, afirma que “[...] a divindade age no plano cósmico, decidindo soberana o curso das coisas e dos homens, mas atua também forçando as ‘iniciativas’ humanas. Como? Roubando dos homens a razão”. Tal comportamento dos deuses desvelava o caráter antropomórfico característico da religião do período em questão, segundo o qual os deuses tinham forma e conduta semelhantes a dos homens. Nesse período, a loucura tinha “vez” e “voz” para se expressar,

já que o que era dito pelos loucos era tido como espécie de saber importante e necessário, capaz de interferir na vida dos homens. Enfim, era uma forma de se compreender as mensagens divinas e desvendar as limitações do conhecimento (SILVA, 2007, p. 17).

Posteriormente, em um contexto onde os mitos começam a desmoronar, a loucura tem suas explicações redefinidas, sendo resultante do comportamento “errado” dos homens. Nas obras trágicas de Ésquilo, por exemplo, a concepção de loucura situa-se entre um entendimento puramente mitológico e uma concepção que admite no próprio homem o processo que causa tal fenômeno; e Sófocles, por sua vez, mostra que o desviar-se dos valores parentais e o querer superar o próprio destino traçado por Zeus para cada homem conduziria à vergonha, produzindo loucura, homicídio e suicídio. Contudo, o dramaturgo grego Eurípides, por sua vez,

concebe os desvarios como desencadeados por paixões desenfreadas, conflitos passionais, interiores do próprio homem (PESSOTTI, 1994).

No que concerne ao tratamento dispensado aos loucos da Antiguidade Clássica até a Idade Média, Cherubini (2006) afirma que eles desfrutavam de certa liberdade, vagando livremente e sobrevivendo da caridade alheia. A segregação existente neste momento voltava-se para os leprosos, sob a alegativa de que a exclusão social traria a cura.

Com a derrocada do feudalismo e as profundas mudanças daí decorrentes, a exemplo da alta dos preços nos gêneros de primeira necessidade, ocorre um aumento do número de mendigos. Assim, tanto estes quanto os loucos passam a ser tidos como ameaças sociais, pela possibilidade de surtos de violência e criminalidade por parte dos mesmos. Com isso, os leprosários passam a ser ocupados por vagabundos, mendigos, loucos, doentes venéreos, sendo esperado que o isolamento destes surtisse efeito na modificação de seus comportamentos, assim como surtiu cura para os leprosos (CHERUBINI, 2006).

Outra forma de “tratamento” característico da Idade Média era a “nau dos insensatos”, onde os loucos seriam lançados à deriva numa barca, uma vez que se acreditava que a água purificaria o homem, ao levá-lo para longe, confiando-o à incerteza da sorte (CIRILO, 2006).

Ainda nesse período, a loucura passou a ser vista sobre o prisma demonista, segundo o qual os loucos, por seu discurso e comportamento incomuns, seriam possuídos pelo demônio. A concepção que vincula a loucura com possessão diabólica estaria nas origens do próprio cristianismo, uma vez que o demonismo já se fazia presente, constituindo-se em um legado de crenças pagãs pré-existentes (PESSOTTI, 1994).

Apesar do pensamento supersticioso e mítico predominar na concepção e no tratamento dado à loucura na Idade Média, nessa época surgiram os hospitais que, conforme Amarante (2007), não se constituíam em instituições médicas, mas instituições de caridade que ofereciam abrigo, assistência religiosa, alimentação a toda ordem de marginais: prostitutas, loucos, ladrões, vagabundos, doentes. Era uma forma de “limpar” as cidades do convívio com essas pessoas.

No século XVII, seguindo a linha de raciocínio de Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.), que instaurou a teoria organicista da loucura (a qual considera que a mesma seria uma doença como qualquer outra), inicia-se a caminhada para uma abordagem científica do desvario, medicalizando e naturalizando a loucura e, simultaneamente, instituindo-a como patologia de funções nervosas superiores (PESSOTTI, 1994).

Foi nesse século que os hospitais de caridade, surgidos na Idade Média, começaram a assumir funções mais sociais e políticas. Com a criação do Hospital Geral, a partir do ano de 1656, ocorre o que Foucault considera como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, vendo a instituição como um espaço de segregação. Muitos médicos foram atuar nestas instituições e acabaram medicalizando-as, fazendo com que as mesmas desempenhassem nova função: a de tratar os enfermos (AMARANTE, 2007).

É nesse contexto histórico que a figura do médico se sobressai no âmbito hospitalar, com destaque para o médico Philippe Pinel, que a partir de 1793 passa a dirigir o Hospital de Bicêtre. Considerado o pai da psiquiatria, Pinel concebe a loucura como desarranjo mental provocado por causas morais, à exemplo do modo de vida que a pessoa acometida pela loucura tem, o tipo de educação que recebeu, a excessiva religiosidade, a revalorização das paixões. Com isso, Pinel estabelece o chamado “tratamento moral” como forma de curar os doentes, que utiliza a educação para reverter a loucura, por meio de seus processos disciplinares e conteúdo moralizante, operando ao nível de convencimento do paciente (CHERUBINI, 2006).

Tal tratamento objetivava a modificação dos comportamentos inadequados dos loucos, sendo necessário que se realizasse dentro dos muros dos hospícios, a fim de retirar os pacientes do contato com más influências externas, contudo libertando-se os loucos das correntes, uma vez que a observação deve dar-se sobre o comportamento em seu estado natural e não alterado pelo desconforto e agressão das antigas práticas asilares. Entretanto, quando o tratamento não surtia efeito, só restava utilizar-se de métodos repressivos ou confinamento permanente (CHERUBINI, 2006).

Apesar do tratamento proposto por Pinel ser considerado, de certa forma, um avanço para a época, levando em consideração seu ato de libertar os loucos dos grilhões, é respeitada, conforme salienta Cirilo (2006), apenas a cidadania formal dos mesmos (uma vez que dispõem de um local específico para tratamento), limitando-se sua cidadania civil, isto é, seu direito de ir e vir.

Além disso, o tratamento moral proposto por Pinel reitera a exclusão social, a não condição de sujeito dos loucos, à medida que:

práticas de controle disciplinar e reeducação do comportamento desviante (isolamento, interrogatórios, tratamentos-punições como a ducha, os sermões e recompensas, trabalho obrigatório) são legitimadas como científicas, a partir do que se denominou tratamento moral. Em decorrência, os hospitais psiquiátricos que deveriam ser instituições para tratamento, transformaram-se em verdadeiros “campos de concentração”, onde os loucos estavam sujeitos a toda a sorte de maus tratos e torturas. O manicômio retirou-lhe a condição de sujeito (MACHADO, 2008, p. 109)

Com o processo de Revolução Industrial e, conseqüente, incremento do número de admissões nos asilos, estes se tornaram depósitos humanos valendo-se inclusive de mecanismos opressores. Tal fato decorre da expansão do modo de produção capitalista, já que para este somente importam as pessoas com capacidade produtiva, ou seja, que produzam e gerem lucratividade para o sistema.

Nessa conjuntura de apologia ao trabalho e dada a necessidade imperativa de mostrar a imagem de uma sociedade harmônica, no seio da qual são suprimidas as manifestações da questão social,

a loucura coloca-se como um fator de desordem [...], precisando ser tratada e fazendo-se restituir o ambiente de ‘paz social’, assim, era preciso reprimi-la através do isolamento asilar [...]. Para os acometidos de doença mental, as condições de exclusão são duplamente cruéis, pois o louco, além de desprovido de todas as formas de inserção nas relações sociais, restando-lhe apenas o caminho da pobreza e da miséria, sofre toda uma carga de preconceito pela ausência de lucidez (BARBOSA, 2006, p. 26 – 27).

É importante destacar o fato de que os loucos não eram considerados cidadãos, posto que não gozavam dos direitos que compunham a cidadania. Nas palavras de Machado (2008):

Ao submeter os diferentes a uma internação psiquiátrica asilar, o tratamento manicomial exclui e encerra a própria condição humana do louco. Ele perde não apenas a sua capacidade de participação política, mas também sua existência subjetiva; ao ser normatizado, é também excluído, segregado, privado de exercer sua liberdade (MACHADO, 2008, p. 115).

Com isso, o louco acaba sendo vítima também do estigma, preconceito e invalidação social, conforme aponta Amarante (1996):

E não é apenas o louco manicomializado que tem destino miserável. A categoria “louco”, “doido”, “maluco” é negativamente estigmatizada e, nesse processo, a psiquiatria tem muita responsabilidade. Ao definir o estatuto jurídico da doença mental (os loucos de todo gênero), ela legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito do doente. Internado ou não em um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, deter seus desejos e projetos (AMARANTE, 1996, p. 113 - 114).

Tendo em vista esse processo de exclusão do convívio familiar e social a que os loucos foram submetidos, um novo modo de pensar e agir sobre a loucura começa a ser instaurada em meados dos anos 1970, à nível mundial, conforme será exposto no tópico subsequente.

1.2– Uma luz no fim do túnel: Reforma Psiquiátrica

Com o acontecimento das duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, solidariedade entre os homens, podendo comparar as condições oferecidas aos pacientes dos hospícios aos campos de concentração, nascendo assim as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátricas’ (AMARANTE, 2007). Tais guerras promoveram:

um intenso questionamento da visão romântica do homem, erigida no Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando uma intensa ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas [...] (ALVES *et al*, 2009, p. 89).

O saber psiquiátrico que vigorava até então foi amplamente questionado e inicia-se o resgate da identidade do portador de transtorno mental enquanto pessoa, pai, mãe, filho, trabalhador, identidade esta perdida quando o mesmo inseriu-se numa instituição asilar e adquiriu o estigma de incapaz, perigoso e anti-social (MACEDO, 2006).

Tal reação deu lugar ao surgimento de movimentos e experiências socioterápicas que se constituíram nos embriões da Reforma Psiquiátrica contemporânea. Na década de 50 do século XX, por exemplo, surgiu o movimento das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, como saída encontrada por

profissionais do Monthfield Hospital para tratar os jovens soldados ingleses que, no período pós-guerra, sofreram danos psicológicos, sociais e físicos, sendo muitos deles internados em hospitais para cuidar de seus problemas emocionais. Passou-se, então, a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento, através de reuniões onde se buscava interação entre os funcionários e os pacientes, e onde estes tivessem a oportunidade de discutir seus dilemas, projetos, planos.

Essa experiência ficou ainda mais conhecida a partir de 1959 com Maxwell Jones, que passou a desenvolvê-la de forma mais dinâmica, envolvendo ainda mais os internos em seu tratamento (AMARANTE, 1998). Assim, compreendeu-se por Comunidade Terapêutica:

um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e 'democratização' das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica (AMARANTE, 1998, p. 43).

Na França também surgiram propostas de reformas psiquiátricas que influenciaram a saúde mental no mundo todo, a exemplo das experiências de Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor, que objetivavam, respectivamente,

a promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, sendo que, esta última, não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante, promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento (ALVES *et al*, 2009, p. 89).

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se, em meados da década de 60 do século XX, um movimento denominado de Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária, num contexto marcado por grandes problemas sociais e políticos enfrentados pelo Estado, tais como a Guerra do Vietnã e o crescente envolvimento de jovens com as drogas. O surgimento desta proposta teve como marco um censo realizado em 1955 sobre as condições dos hospitais psiquiátricos no país, sendo constatado, por meio dele, as precárias condições de assistência aos pacientes internados, além de maus tratos e violência, o que desencadeou um redirecionamento da política de assistência psiquiátrica do país que passou a ter como metas a redução das doenças mentais nas comunidades e a promoção do estado de saúde mental das mesmas. Gerald Caplan, principal expoente da Psiquiatria Preventiva,

acreditava que todas as doenças poderiam ser prevenidas caso fossem detectadas precocemente. Assim, iniciou-se uma verdadeira “busca de suspeitos”, no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente (AMARANTE, 1998).

Também na década de 1960, teve início, na Inglaterra, um movimento denominado de AntiPsiquiatria, com os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper. Este movimento, situado num ambiente de contracultura libertária e objetivando promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras, promoveu um forte questionamento não só

à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social (ALVES *et al*, 2009, p. 90).

Contudo, é na Itália, ainda nos anos 1960, que surge o movimento de maior destaque uma vez que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então. Trata-se da Psiquiatria Democrática, implementada inicialmente nas cidades de Gorizia e Trieste, que tem como principal representante Franco Basaglia, e traz a ideia de desinstitucionalização que significa uma ruptura profunda com o saber psiquiátrico moderno visando não uma mera e superficial reforma, mas colocando em xeque todo o modelo científico psiquiátrico, assim como suas instituições assistenciais.

Conforme Amarante (1999), essa proposta constitui-se numa ruptura com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). Além disso, também rompe com o processo de patologização das mentes humanas, com base em um pressuposto teleológico ou ontológico de normalidade.

Esse pensamento de superação do aparato manicomial ocorreu fundamentalmente a partir do contato de Basaglia com as obras produzidas por Michel Foucault e Erving Goffman. A partir da experiência implementada em Gorizia e o aporte teórico que adquiriu posteriormente com as obras dos autores anteriormente citados, viu que o combate à psiquiatria não deveria ser meramente

na estrutura física, mas no conjunto de saberes e práticas que fundamentavam um lugar de segregação de seres humanos.

O livro *A Instituição Negada*, organizado por Basaglia, enfoca a experiência em Gorizia trazendo todo o debate sobre os princípios e estratégias da nova etapa das reformas psiquiátricas, e a proposta de desconstrução do espaço manicomial. Na cidade de Trieste, por sua vez, ocorre a mais rica e original experiência de transformação radical típica da chamada Psiquiatria Democrática, posto que concomitantemente ao fechamento das enfermarias psiquiátricas, vão sendo criados serviços substitutivos aos manicômios, não sendo paralelos ou simultâneos a estes. Os primeiros serviços desse gênero foram os Centros de Saúde Mental (CSM) que

passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Assim, mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (AMARANTE, 1998, p. 57-58).

Com essas experiências que se alastraram pelo mundo, em especial a Psiquiatria Democrática italiana, emerge gradualmente, com mais intensidade a partir da década de 1970, inclusive no Brasil, a luta pela inclusão da pessoa com transtorno mental como sujeitos de direitos.

Coroando tais processos, a Organização Panamericana da Saúde realiza a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, no período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela. Do evento em questão resulta a Declaração de Caracas, em que o “manicômio” é condenado tendo por base 04 eixos:

1 Ético-jurídico – pela violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;

2 Clínico – em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronificador historicamente assumido por tais instituições;

3 Institucional – devido ao fato destas instituições se constituírem como espaço de violência (“instituições totais”), que mortificam, sujeitam;

4 Sanitário – em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990, p. 8 *apud* ROSA; MELO,

2009).

No que concerne à busca de reconhecimento da condição de sujeito de direitos da pessoa com transtorno mental, em 17 de dezembro de 1991, a Organização das Nações Unidas divulga o documento que trata da “proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental” (ROSA; MELO, 2009).

Em outros termos, o que singulariza as reformas psiquiátricas em curso no mundo Ocidental desde o pós Segunda Guerra é a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, até então tuteladas (ROSA; MELO, 2009). Tal singularidade também é característica da Reforma Psiquiátrica que acontece no Brasil a partir dos anos 1970. Vejamos como ocorre esse processo de passagem da exclusão sócio-familiar aos portadores de transtorno mental à construção da cidadania dos mesmos.

1.3- Assistência Psiquiátrica no Brasil

No que tange à realidade brasileira, Amarante (1994, p. 74, *grifos nossos*) destaca que “a loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado (século XIX)”, motivado pela preocupação com a ordem social. Assim, tem-se, na segunda metade do século XIX, o surgimento, no Rio de Janeiro, de um novo lugar para promover a segregação: o Hospício D. Pedro II, criado pelo Decreto 82 de 1841, funcionando, em caráter provisório, até 1852, ano de inauguração do Hospício, que se constituiu um “marco institucional da assistência psiquiátrica” brasileira, segundo Zanon e Campos (2009).

Posteriormente, instituições autodenominadas “exclusivas para alienados” foram criadas em outras províncias, evidenciando nitidamente a incoerência entre o discurso que enunciava um projeto de assistência psiquiátrica oficial e a prática realmente efetivada com relação aos internos: o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João), em 1852, na província de São Paulo; Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel), em 1864, província de Pernambuco; Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos

Lázarus), em 1873, província do Pará; Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador), em 1874, província da Bahia; Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre), em 1884, província do Rio Grande do Sul; Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (Fortaleza), em 1886, província do Ceará (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Com o passar do tempo, a credibilidade do hospital psiquiátrico e da psiquiatria que o forjava decaiu em consequência de fatores como: superlotação dos primeiros asilos, dificuldade em estabelecer limite entre loucura e sanidade, constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, havendo a necessidade de uma intervenção nesses espaços, necessidade esta materializada na proposta das “colônias de alienados”¹, na qual os loucos eram colocados em um mesmo lugar voltados em prol de um mesmo fim: a cura por meio do trabalho, afinal, conforme pensado pelos alienistas brasileiros do início do século XX, o trabalho “[...]estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’” (AMARANTE, 2007, p. 39).

Assim, a ideia das colônias agrícolas apresentava-se de modo funcional às necessidades do sistema capitalista de valorização do trabalho e exigência de mão de obra. Dessa forma a maioria dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas a sua rede de serviços, seja como modalidade de complemento aos tradicionais hospitais existentes ou em outros casos como opção exclusiva ou predominante (AMARANTE, 1994).

Destarte, em 1890, logo após a Proclamação da República, deu-se a emergência das primeiras colônias brasileiras na Ilha do Galeão (atual Ilha do Governador), no estado do Rio de Janeiro: a Colônia de São Bento e a Colônia Conde de Mesquita. Daí em diante, assistiu-se a proliferação de colônias por todo o Brasil, sendo que a

¹ A proposta das “colônias de alienados” surgiu de experiências originadas em Geel, uma aldeia belga. Por volta do século VI, um alienado teria recuperado a razão após presenciar a cena de decapitação da princesa Dymfna que, por recusar-se a se entregar ao pai viúvo, foi vítima de filicídio. Posteriormente a princesa foi canonizada pelo Vaticano, sendo considerada a Santa Protetora dos Insanos. Todos os anos passaram a ocorrer romarias por ocasião da data de sua morte, atraindo famílias que ali acorriam com seus loucos, ansiando cura. Entretanto, quando esta não ocorria os familiares mais abastados deixavam seus doentes na aldeia sob os cuidados de aldeões pagos para tal até a festa do ano seguinte e foi no contato com a comunidade que os alienados passaram a fazer uso de foices e enxadas, trabalhando e se recuperando, não por milagre, mas pelo trabalho. A partir dessa experiência foram sendo organizadas colônias de alienados, visando sua convivência fraternal, em casa ou no trabalho (AMARANTE, 2007).

maioria delas eram devidas aos psiquiatras Juliano Moreira e Adauto Botelho, valendo destacar a Colônia de Juquery, em São Paulo, que chegou a comportar 16 mil internos (AMARANTE, 2007).

Entretanto, um dos maiores empecilhos ao sucesso das colônias situava-se no fato de que as mesmas estavam localizadas a centenas de quilômetros daqueles que as procuravam, não tendo condições de interferir na seleção das pessoas que deveriam se internar neste espaço. Assim, dentre os internos se encontravam pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, moças desvirginadas, crianças órfãs, mendigos, que lá chegavam por intermédio de um político local ou delegado de polícia (RESENDE, 2001). A credibilidade nas colônias logo decaiu quando da constatação de que reiteravam a exclusão do doente mental, equiparando-se aos hospícios.

No século XX, a tônica na abordagem da saúde mental se expressa por meio das ideias de higiene mental e eugenismo, propagadas pela Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada no Rio de Janeiro, em 1923: a primeira destas propunha medidas de conservação da saúde do espírito, da alegria de viver, velando pelo equilíbrio das funções psíquicas de pessoas consideradas normais e também das predispostas ao desarranjo mental, adotando-se medidas profiláticas; a segunda se constitui num ramo da ciência biológica que se posiciona de forma radical ao buscar melhorar as qualidades físicas, mentais e raciais de futuras gerações por meio da purificação da raça, esterilização e exclusão dos ditos degenerados (leprosos, idiotas, epiléticos, cancerosos, nefrolíticos, tuberculosos, prostitutas e vagabundos), incluindo entre estes, os portadores de transtornos mentais (SOUZA; BOARINI, 2008).

Esse pensamento encontra espaço propício à sua expansão nos anos 1930 uma vez que seus defensores puderam ascender socialmente e politicamente com o ingresso de Getúlio Vargas ao poder (QUEIROZ, 2009). Tal feita incide no Art. 138 da Constituição de 1934 ao se reportar às incumbências da União, Estados e Municípios:

[...] assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosa; proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; adotar

medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (BRASIL, 1934 *apud* PINTO, 2003, p. 32).

Nos anos 1940 emerge uma inovação no campo da saúde mental, mais precisamente 1946, trata-se das propostas de trabalho iniciadas pela Dra. Nise da Silveira e sua equipe, com clientes oriundos do Centro Psiquiátrico Nacional (atualmente Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro), implementando atividades ocupacionais, profissionalizantes e, especialmente, artístico-expressivas, por meio das quais eles pudessem projetar imagens interiores e promover um processo de individualização e desenvolvimento pessoal (VASCONCELOS, 2008).

A década de 1950 foi marcada por uma nova forma de reduzir os sintomas psicóticos, controlando os portadores de transtorno mental: os neurolépticos². A este respeito, Cirilo (2006, p. 27) coloca que:

A farmacologia começava a pressionar com sua propaganda industrial, dando origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre era tecnicamente orientada. Foi a partir do advento da descoberta das novas substâncias farmacológicas que a Psiquiatria pôde exercer suas proposições de controle dos distúrbios mentais.

Entretanto, a medicalização da loucura gera uma contradição significativa em termos da cidadania dos portadores de transtornos mentais, pois ao mesmo tempo que possibilita aos doentes mentais assistência médica, realiza-se o amordaçamento bioquímico dos mesmos:

Se por um lado, confere-se ao louco o estatuto social de doente com direito à assistência e a tratamento, sob a proteção do Estado, por outro lado autoriza-se a exclusão social desse indivíduo, destituindo-o de seus direitos sociais, isto é, sua condição política de cidadania plena (FERNANDES, *et al*, 2003, p. 38).

No lastro desses acontecimentos, os anos 1960 trazem consigo a privatização como traço característico para a saúde mental nesse período, devido à contratação e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas, o que culminou em

² Os **antipsicóticos** ou **neurolépticos** são substâncias medicamentosas inibidoras das funções psicomotoras, que podem encontrar-se aumentadas em estados, por exemplo, de excitação e de agitação. Eles também atenuam os sintomas neuro-psíquicos considerados *psicóticos*, tais como os *delírios* e as *alucinações*. São substâncias químicas sintéticas, capazes de atuar seletivamente nas células nervosas que regulam os processos psíquicos no ser humano e a conduta em animais (BALLONE, 2008).

crescimento desordenado do número de leitos, falta de planejamento e critério nas demandas de internação, provocando cristalização do modelo manicômio-dependente (GONDIM, 2001).

Nos anos 1970, repercute no Brasil um modo de pensar e agir sobre a loucura que já estava se disseminando, em vários lugares do mundo, por meio de movimentos a favor da instauração de uma nova atenção ao portador de transtorno mental que se pautava pela humanização no tratamento, conforme abordados no tópico anterior. Trata-se da Reforma Psiquiátrica que, em nosso país, insere-se no contexto mais amplo de lutas em torno da Reforma Sanitária, na segunda metade dos anos 1970. Essa Reforma propõe que a saúde seja um direito do cidadão e um dever do Estado, garantindo-se acesso universal a todos os bens e serviços para promovê-la e recuperá-la. Trata-se de

um projeto setorial, articulado a uma estratégia maior, global para a sociedade, que está direcionada à consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro. Uma das diretrizes desta estratégia é a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou enfaticamente com a supressão das liberdades de participação e organização e a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo. É dentro desta perspectiva que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” se coloca como idéia social básica do “Movimento Sanitário”, o qual remonta a meados da década de setenta e que agora se cristaliza em sua forma mais elaborada: A “Reforma Sanitária” (TAYRINY, 2010, p. 2).

Inserida nesse contexto, a experiência de Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser compreendida, segundo Amarante (1998), em três momentos: “trajetória alternativa”, “trajetória sanitarista” e “trajetória de desinstitucionalização”.

No primeiro momento, denominado de “trajetória alternativa”, ocorrido entre os anos 1978 e 1980, tem início o movimento da Reforma Psiquiátrica. Precisamente no ano de 1978 surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se constitui no sujeito político em cujo seio se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico e propõe uma nova política de saúde mental. Tal movimento era composto tanto por técnicos de várias categorias profissionais quanto acadêmicos oriundos do movimento estudantil. Destacam-se também suas variadas formas de expressão (Amarante, 1998) – Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à

Psiquiatria (Sociedade de Psicossíntese), que desmascaram a psiquiatria e mobilizam-se por modelos alternativos ao asilar.

O segundo momento, de “trajetória sanitarista”, prossegue Amarante (1998), foi iniciado nos primeiros anos da década de 1980 e caracteriza-se pela incorporação do Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no aparelho de Estado, na fase de reordenamento político denominado Nova República. Essa trajetória

por um lado, é uma tática adotada pelo movimento sanitário de ocupação dos espaços públicos de poder e tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no campo da saúde. Por outro lado, constitui-se em tática do Estado para absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja para alcançar legitimidade, seja para reduzir as críticas e denúncias [...] Cresce, então, a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde – basta colocar em ordem os serviços, os recursos, as instituições, que tudo se resolverá. No campo específico da saúde mental, traduz-se por racionalização, humanização e moralização dos hospitais psiquiátricos e a criação de ambulatórios como alternativa à internação. No entanto, essas mudanças surtiram pouco efeito na atenção dada à saúde mental (RIBEIRO, 2004, p. 94).

O terceiro momento, denominado por Amarante (1998) como “trajetória de desinstitucionalização”, ocorreu na segunda metade da década de 1980 e foi marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, como: a VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, em Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juquery), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 (que abordaremos posteriormente), a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste momento, as lutas têm como principal objetivo a total substituição das instituições manicomiais por modelos alternativos. Para tanto, é necessário que ocorra, simultaneamente e articuladamente, transformações nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado um terreno fértil para o florescimento e amadurecimento das discussões acerca dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental.

É importante salientar que a Constituição Federal de 1988 dedica todo o Capítulo II do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais – à apresentação

dos “direitos sociais”. No artigo 6º, tais direitos são assim elencados: “[...] a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2010, p. 7)”.

No campo da saúde, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu no Rio de Janeiro, em 1987, um ano antes da já referida Constituição Federal, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final defendeu a cidadania plena dos portadores de transtorno mental, reivindicando a incorporação de seus pleitos no processo constituinte, bem como uma revisão da legislação ordinária, reunida: no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934; no Código Penal (reformulado pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984) e Código Civil brasileiro de 1916.

Assim, pode-se dizer que a década de 1980 foi o período onde o processo de redemocratização efetivou-se, inserindo-se neste contexto as lutas travadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ROSA, 2008): no plano ético-jurídico, primeiramente com a luta contra minoridade e incapacidade absoluta do louco expressa no art. 5º do Código Civil, datado de 1916 (Lei nº 3.071 de 1/1/1916), também contra a inimputabilidade e periculosidade do louco e ainda contra a violação dos direitos humanos e sobretudo dos direitos civis dos portadores de transtorno mental; no plano assistencial, a luta se orienta contra o modelo hospitalocêntrico por privar o sujeito na lógica organizacional, e contra o modelo sanitário, que organiza a atenção, centralizando a atenção numa “cidade dos loucos”, sendo necessário que a assistência seja reorientada para serviços abertos e comunitários; e, no plano social e político, a luta é por uma nova relação entre a sociedade e o louco/loucura, sem estigma e segregação, e por uma cidadania especial, que incorpore, além dos clássicos direitos civis, políticos e sociais, o reconhecimento de direitos particulares a uma subjetividade particular.

No campo jurídico, a lei de caráter inovador, influenciada pela Reforma Psiquiátrica, foi elaborada pelo deputado Paulo Delgado: o Projeto de Lei 3.657/89, que propunha a superação dos manicômios e regulamentação dos direitos dos portadores de transtorno mental. De acordo com Nogueira (2010) sua elaboração, em consonância com as idéias de desinstitucionalização de Basaglia, mentor da Psiquiatria democrática italiana, é fruto de debates sociais sobre a assistência psiquiátrica. Enviada ao Congresso Nacional, tramitou durante 12 anos e apenas no

ano de 2001, em 06 de abril, é que foi aprovada, sendo conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Os direitos preconizados na lei em questão, de incumbência do Estado com a participação da sociedade e da família, encontram-se dispostos no parágrafo único, Art. 2º, da referida Lei:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2005, p. 46).

Nota-se que esta Lei representa um avanço para o processo de Reforma Psiquiátrica. A partir da sua promulgação, o sujeito acometido de algum sofrimento psíquico passa a ter seus direitos protegidos e reconhecidos legalmente, inclusive o de ter acesso aos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, numa rede de serviços diversificada. Ela também reconhece a internação psiquiátrica integral como mais um dos recursos terapêuticos válidos, com a condição de ser de boa qualidade, salientando ainda a necessidade do desenvolvimento de políticas específicas de desospitalização (PICCININI; ODA, 2006). Recorre-se à internação apenas no caso dos recursos de tratamento se mostrarem insuficientes, sendo realizada somente mediante laudo médico que caracterize os seus motivos e vedada em instituições com características asilares. A fim de caracterizá-la, ressaltamos que a referida Lei considera os seguintes tipos:

- 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;
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2005, p. 47).

Observa-se, contudo, que a proposta central do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado – a extinção dos manicômios – não foi mantida. Isso é de fácil compreensão quando leva-se em conta que, após o golpe militar de 1964, a psiquiatria foi a área mais explorada no processo de privatização da saúde, uma vez que a falta de direitos dos usuários, aliada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a transformação de velhos galpões em “enfermarias”, num verdadeiro processo de industrialização da loucura (AMARANTE, 2006).

Apesar disso, tal lei redireciona a atenção em saúde mental, além de oferecer tratamento em serviços de base comunitária e dispor sobre a proteção e os direitos dessas pessoas. Ainda vale salientar que é no contexto de sua promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Como resultado concreto deste processo de reforma de um modelo anacrônico e desumano, temos hoje os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que os conceitua como serviços ambulatoriais de atenção diária, funcionando segundo a lógica do território (Art. 1º, § 2º), e estabelece que os mesmos poderão constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Art. 1º, *caput*), cumprindo a mesma função no atendimento público em saúde mental, e devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (Art. 1, § 1º); os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que apresentavam as seguintes características:

São regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder à demanda de saúde mental da área de referência. (...) Diferentemente de ambulatórios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território (NICÁCIO, 1994 apud AMARANTE, 1998, p.83).

Outro serviço substitutivo são as Residências Terapêuticas, que são casas situadas no espaço urbano, para atender às necessidades de moradia de portadores

de transtorno mental egressos de longas internações psiquiátricas ou não, uma vez que os mais fundamentais direitos, são os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade. Deve acolher, no máximo, oito moradores, além de contar com um cuidador que é designado para apoiar os moradores nas tarefas, problemas e conflitos cotidianos do morar, do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2005).

Temos também o Programa “De Volta para Casa”, regulamentado pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui um auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas, consistindo no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano, podendo ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa (BRASIL, 2003). Entretanto, no dia 11 de abril de 2012, a Comissão de Seguridade Social e Família aprovou o Projeto de Lei 378/11, apresentado dia 10 de fevereiro de 2011, e aprovado apenas no corrente ano que altera o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, que passou a ser de 3/4 do salário mínimo (em valores de hoje, R\$ 466,50)³.

Como uma das experiências inovadoras que surge em resposta ao desafio do cuidado e da inclusão social, ressaltam-se os Centros de Convivência e Cultura que não se constituem como equipamentos assistenciais ou de tratamento médico/terapêutico, tratando-se de

dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem

³Informação disponível em: <http://www2.camara.leg.br/agencia/noticias/SAUDE/414564-SEGURIDADE-APROVA-REAJUSTE-DE-AUXILIO-A-DOENTE-MENTAL-EGRESSO-DE-INTERNACAO.html>.

equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (BRASIL, 2005, p. 36).

Além destes, temos também as Emergências Psiquiátricas que atendem os usuários quando do surto/crise, retornando ao convívio sócio-familiar quando da estabilização de seu quadro clínico.

É imperativo que tais serviços se articulem em rede, entretanto não apenas os equipamentos de saúde, mas também outras associações, instituições, cooperativas existentes na cidade, pois a rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) define-se como de base comunitária. Para sua organização, adquire relevância a noção de território, cuja

designação não (é) apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005, p. 24).

Em suma, os serviços expostos conformam-se como dispositivos que visam à autonomia e ressocialização dos portadores de transtorno mental com sua família e sociedade, na luta pela proteção e garantia de seus direitos.

1.3.1 – Saúde mental em Campina Grande – PB

Em consonância com a Lei 10.216/2001, o município de Campina Grande - PB conta com a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa, sancionada em 30 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a promoção e a reintegração social do portador de sofrimento mental, e determina a implantação de ações e serviços que substituam o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos. Convém enfatizar que, logo após o sancionamento dessa Lei, foi implantado em dezembro de 2003, o primeiro CAPS, do tipo II, intitulado “Novos Tempos”, e o CAPS - ad, em setembro de 2004 (VELOSO, *et al*, 2010).

Assim, verificou-se que antes do processo de Reforma Psiquiátrica ser implantado, o município tratava os portadores de transtorno mental através de dois

Hospitais Psiquiátricos: a Clínica Dr. Maia e o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), além dos dois CAPS já citados (CIRILO, 2006).

O processo de Reforma Psiquiátrica no município atingiu seu ápice em 2005 com uma intervenção no ICANERF, conceituado como uma das dez piores instituições do país, segundo o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)⁴.

Tal situação precária pode ser claramente notada através de observações elencadas pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA) em relatório que situa itens vistoriados e não aprovados na visita⁵ de setores representativos à instituição:

a presença de fezes e urina em espaços sem banheiro; a estrutura comprometida: paredes com infiltração, paredes sujas, portas danificadas, banheiros sem chuveiro e descargas quebradas; a presença de pacientes despídos e deitados no chão; pacientes com visíveis problemas de saúde, como escabiose, piolhos e afecções dentárias; insuficiência de recursos humanos; ausência de equipamentos médicos necessários; unidades de internação com superlotação; inexistência de projetos terapêuticos; grande descaso e ausência de humanização; cheiro desagradável de urina em todos os espaços; e ainda irregularidades na cozinha, na área de armazenamento de comida, na farmácia, no almoxarifado, na lavanderia e outras áreas do hospital (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010, p. 152).

Tendo em vista tais condições, foi estruturada, em novembro de 2004, uma Comissão de Intervenção denominada “Comissão Técnica de Avaliação e

⁴ O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002) já realizou vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS nos anos de 2002 e 2003/2004 e 2006/2007. A partir dessas avaliações, foram constatados graves problemas no que se refere à qualidade de assistência prestada pelos hospitais, sendo que os mais comuns estão ligados: “ao projeto terapêutico dos pacientes e da instituição, aos aspectos gerais da assistência (longo tempo de permanência, número alto de pacientes longamente internados) e aos aspectos gerais dos pacientes (limpeza, calçados e roupas, entre outros). Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer reavaliação; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população” (Informação disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354).

⁵ Visita realizada em 19 de abril de 2005 por representantes do Ministério da Saúde, da AGEVISA, da Vigilância Sanitária Municipal, da Secretaria Estadual de Saúde, do 3º Núcleo de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF” (Ofício nº 145/2004 – Ministério da Saúde), que visava reorientar a assistência em saúde mental em Campina Grande e viabilizar o processo de intervenção no hospital. Esta comissão desenvolveu estratégias e ações que trouxeram avanços e, em 30 de junho de 2005, foi finalizado oficialmente o processo de intervenção com o descredenciamento do Hospital e, conseqüentemente, a transferência de 65 pacientes para a Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM), criada para atender esta necessidade. Tal instituição é conhecida hoje como Emergência Psiquiátrica.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, o município conta hoje com sete CAPS: CAPS II Novos Tempos e CAPS Ad (mencionados anteriormente); o CAPS III- Reviver; o CAPS Infantil – Viva Gente e o CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce, ambos com atendimento direcionado à crianças com transtornos que causem danos à constituição subjetiva; e os dois CAPS I localizados nos distritos de São José da Mata e Galante. Além destes serviços substitutivos, existe também o Centro de Convivência e Cultura, que “se constitui como espaço de sociabilidade e produção cultural, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão dos portadores de transtornos mentais” (SILVA, 2007, p.37); e seis Residências Terapêuticas: três femininas, duas masculinas e uma mista, que oferecem moradia para pacientes com longa permanência de internação e que não contam com familiares. Por fim, o município conta também com a já referida Emergência Psiquiátrica.

Atualmente, a Emergência Psiquiátrica funciona em um prédio anexo ao Hospital Geral Dr. Edgley, na Rua Fernandes Vieira, nº 659, José Pinheiro, conforme preconiza o Ministério da Saúde que a mesma funcione junto a um Hospital Geral (MENDONÇA, 2008). A instituição tem como objetivos: regular os atendimentos emergenciais, a fim de evitar internações prolongadas, funcionando diariamente durante 24 horas e contando com 20 leitos para internação com proposta de 72 horas de permanência; viabilizar o acesso aos serviços substitutivos; prestar suporte aos CAPS e às Residências Terapêuticas durante crises ou surto psiquiátrico; prestar atendimento emergencial aos 70 municípios, que compõem a Macro Regional dividida nos 3º, 4º e 5º Núcleos Regionais de Saúde; firmar parceria com os demais segmentos institucionais no sentido de garantir a regulação entre os

setores⁶.

Em maio de 2011 o prédio da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, passou por uma reforma em sua estrutura, com o objetivo de iniciar um novo projeto: o Pronto Atendimento a Crianças e Adolescentes em Uso de Substâncias Psicoativas, que traz como proposta o tratamento de crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas através de um trabalho conjunto com o CAPS ad, Conselhos Tutelares Municipais e Ministério Público.

Visando desenvolver uma melhor assistência aos usuários da saúde mental, a instituição dispõe de uma equipe multidisciplinar que conta com médicos (clínico geral, psiquiatra), enfermeiros, farmacêutico, pedagoga, cuidadores e também duas assistentes sociais que junto com a psicóloga formam o setor psicossocial.

Entretanto, para que possamos apreender melhor o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais na Emergência Psiquiátrica, inclusive no que concerne aos desafios que estas profissionais encontram na mediatização de direitos sociais, foco de nossa pesquisa, faz-se necessário situar tal discussão em um contexto mais amplo, cujo desenvolvimento encontra-se no capítulo subsequente.

⁶ Informações obtidas por meio de material de divulgação disponibilizado pela Emergência Psiquiátrica de Campina Grande.

2. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DIREITOS SOCIAIS

O Serviço Social busca contribuir, dentre outras bandeiras de luta, para afirmação dos direitos sociais preconizados legalmente, contrapondo-se às ideias contrarreformistas do Estado de orientação neoliberal, que minimiza os gastos para com os trabalhadores, atacando seus direitos já garantidos em lei. Entretanto, cabe salientar que o Serviço Social objetiva superar as limitações do direito burguês, através da assunção de uma nova sociedade, justa e igualitária.

Assim, neste capítulo será abordado o trabalho dos assistentes sociais, em sua perspectiva de mediatizar os direitos dos usuários, como forma de enfrentamento à questão social, pela via das políticas sociais.

2.1 – Serviço Social e mediatização de direitos sociais

A discussão acerca do Serviço Social e dos direitos sociais requer que se aborde, ainda que de forma breve, a questão social, posto que esta se configura historicamente enquanto objeto do Serviço Social. Inicialmente convém situar que é por volta da terceira década do século XIX que a expressão “questão social” adquire uso corrente para dar conta do fenômeno do pauperismo extremo que surge em decorrência da primeira onda industrializante do capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial. Neste momento, o que chamava a atenção era a dinâmica da pobreza que então se generalizava, produzindo-se pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e, no limite, da sua supressão (NETTO, 2004).

Conforme o autor supracitado, tem-se nitidamente a expressão das lutas de classes fundadas na contradição entre capital e trabalho, materializadas na não conformação dos pauperizados com sua situação precária de vida e de trabalho, protestando inicialmente de forma impulsiva, mas gradualmente os mesmos se organizam de forma mais consciente, transitando, na primeira metade do século XIX,

do *ludismo* ao *cartismo*⁷, configurando uma ameaça real às instituições sociais existentes.

Nesse momento, a “questão social” é tratada como “caso de polícia”, expressando claramente as funções repressivas típicas de um Estado burguês: “cabia-lhe assegurar o que podemos chamar de *condições externas* para a acumulação capitalista – a manutenção da propriedade privada e da ‘ordem pública’ (leia-se: o enquadramento dos trabalhadores)” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 173-174).

Entretanto, essa situação começa a mudar na segunda metade do século XIX, com os eventos revolucionários de 1848, que repercutem na consciência do trabalhador, que aos poucos vai se convertendo de “classe em si” para “classe para si”, situando-se como *sujeito revolucionário* potencialmente capaz de promover a transformação da ordem vigente. Com essa consciência, estruturaram novas formas de articulação, a partir dos anos 1860: em âmbito internacional, a *Associação Internacional dos Trabalhadores* (1864-1876) e a *Internacional Socialista* (criada em 1889 e cuja crise se manifestou em 1914); no âmbito nacional, o *movimento sindical* e os *partidos políticos operários* (socialistas e social-democratas) (NETTO; BRAZ, 2007).

A burguesia atemorizada com os movimentos revolucionários ocorridos em 1848, por sua vez, converteu-se em *classe conservadora*, tendo como objetivo a manutenção das relações sociais assentadas na propriedade privada dos meios fundamentais de produção, suportes da acumulação capitalista. Entretanto seu conservadorismo não impediu a compreensão da ineficácia residente em respostas puramente repressivas ao movimento operário, deixando, tais segmentos, de se opor a medidas estatais que oferecessem mínimas garantias aos trabalhadores, passando até a defender reformas sociais que reduzissem os efeitos perversos da

⁷ O ludismo tratou-se de um movimento iniciado nas primeiras décadas do século XIX na Inglaterra, no qual os trabalhadores posicionavam-se claramente contra as máquinas surgidas quando da Revolução Industrial passando a quebrá-las, sob a alegativa que estas os substituiriam, deixando-os sem trabalho. O cartismo, por sua vez, constituiu-se num movimento onde os trabalhadores reagiram e reformularam suas reivindicações na “Carta do Povo”, em resposta ao “Reform Act” (lei eleitoral que privou os operários do direito ao voto) aprovado em 1832 pelo Parlamento inglês, fundando o primeiro movimento nacional operário do nosso tempo, que ajudou os operários ingleses a melhorarem suas condições de vida e deu-lhes experiência de luta política. Assim, em 1833, surgiu a primeira lei limitando a 8 horas de trabalho a jornada das crianças operárias, em 1842 foi vedado o trabalho de mulheres em minas e em 1847 houve a redução da jornada de trabalho para dez horas (COULON; PEDRO, 2011).

acumulação sobre os trabalhadores. Trata-se de um reformismo para conservar, uma mera e superficial reforma que não atinge o sistema vigente em sua contradição básica: a socialização da produção e sua apropriação privada.

No final do século XIX, uma dessas “concessões” aos trabalhadores materializa-se nas políticas sociais, sendo que, nesse campo, o período compreendido entre 1880 e 1920, em países da Europa, pode ser considerado como a época de inovação legisladora e regulamentadora, onde a ajuda voluntária foi transformada em assistência pública, havendo a implantação do seguro-desemprego e a pensão aos idosos sem haver a necessidade da comprovação constrangedora de pobreza (PEREIRA, 1999). Na Inglaterra, por exemplo, implantou-se, em 1890, o seguro compulsório contra acidentes de trabalho. Entretanto, a política social não se configura apenas como ganhos por parte dos trabalhadores, constituindo-se num fenômeno contraditório:

porque ao mesmo tempo em que responde positivamente aos interesses dos representantes do trabalho, proporcionando-lhes ganhos reivindicados na sua luta constante contra o capital, também atende positivamente interesses dos representantes do capital, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra e, em alguns casos, [...] desmobilizando a classe trabalhadora (PEREIRA, 1999, p. 54).

As políticas sociais ganham expressão no surgimento dos direitos sociais no século XX que são considerados, conforme Coutinho (1997, p.155 *apud* GUERRA, 2010, p. 40), “como aqueles que permitiriam aos cidadãos uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade”, concepção de direitos esta que utilizaremos como norteadora das análises que faremos no presente trabalho.

Assim, no contexto em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, a existência de profissionais especialmente qualificados para o atendimento de necessidades sociais e impasses que surgem em decorrência das novas expressões da “questão social” torna-se uma exigência, constituindo assim a base de justificação do Serviço Social. Estes, ao venderem sua força de trabalho, passam a perceber um salário em troca de serviços prestados, recebendo um mandato diretamente das classes dominantes para atuarem junto à classe trabalhadora, situando-se, no processo da reprodução das relações sociais, como uma

atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora [...]. Intervém, ainda, na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais, previstos e regulados pela política social do Estado, que constituem o suporte material de uma ação de cunho “educativo”, exercido por esses agentes profissionais (IAMAMOTO, 2007, p. 94).

Vale salientar que a expansão dos serviços sociais no século XX encontra-se estreitamente relacionada ao desenvolvimento da noção de cidadania. Esta compreende, segundo Marshall, três elementos inter-relacionados, cujo desenvolvimento, entretanto, não coincide no tempo: o elemento civil, composto dos direitos necessários à liberdade individual (de ir e vir, de imprensa, de pensamento e o direito à propriedade e de concluir contratos válidos), e o direito de justiça; o elemento político compreende o direito de participar do poder político, seja como participante de um organismo investido de autoridade política, seja como eleitor; e, finalmente, o elemento social, “que se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar uma vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas a ele são o sistema educacional e os serviços sociais” (MARSHALL, 1967, p. 57-114 *apud* IAMAMOTO, 2007, p. 89).

Os direitos de cidadania foram constituídos no contexto de generalização da economia mercantil, que colocava a necessidade de afirmação da liberdade individual como condição de funcionamento da nova organização da sociedade. A partir de então, começa a adquirir forma a noção de igualdade de todos os homens perante a lei: afirmam-se os direitos civis e políticos, mas somente no século XX, os direitos sociais são incorporados à noção de cidadania “com o desenvolvimento da escola primária pública e se expande [...] à medida que o liberalismo vai perdendo terreno e o Estado assume progressivamente os encargos sociais” (IAMAMOTO, 2007, p. 90).

Assim, os serviços sociais são uma expressão concreta do reconhecimento e institucionalização dos direitos sociais do cidadão, se tratando de

serviços a que têm direito todos os membros da sociedade na qualidade de cidadãos, mas [...] que vêm suprir as necessidades daqueles cujo rendimento é insuficiente para ter acesso ao padrão médio de vida do ‘cidadão’; são, portanto, a esses efetivamente dirigidos e por eles consumidos predominantemente (IAMAMOTO, 2007, p. 91).

O Serviço Social insere-se neste contexto como profissão que operacionaliza as políticas sociais, lidando diretamente com os serviços sociais. Apesar de emergir para fins capitalistas, no sentido de assegurar as condições gerais de reprodução do capital e frear o movimento operário, característica universal da profissão, no contexto brasileiro esta vem, desde a década de 1960, buscando novos caminhos, delineando um perfil profissional crítico e que busca a efetivação dos direitos garantidos legalmente.

Na atualidade, o projeto de formação profissional busca preparar profissionais aptos a lidar subjetiva e objetivamente com a tão atual assertiva marxiana de que “tudo o que é sólido se desmancha no ar”, num modo de produção e reprodução social cuja vida depende de revolucionar permanentemente as forças produtivas e as relações sociais de produção (BEHRING; SANTOS, 2009).

Todavia, a discussão dos direitos, central para a profissão, é permeada, ao longo da trajetória do capitalismo, por contradições, uma vez que a igualdade formal no campo jurídico corresponde à desigualdade real no campo socioeconômico, especialmente num contexto neoliberal que, sob a alegação de minimizar as funções do Estado para com gastos sociais, assola direitos sociais, delegando para a sociedade civil, o terceiro setor ou para o setor privado as responsabilidades sociais de incumbência do Estado. O neoliberalismo nasce após a segunda Guerra Mundial e consiste numa reação teórica e política contra o Estado intervencionista que vigorou nos “anos dourados”, investindo contra as massas trabalhadoras ao colocar como solução para sua crise a necessidade de “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 2008, p.11).

Assim, não obstante o fato de todos serem iguais perante a lei, de acordo com o Art. 5º da Constituição Federal de 1988, o que na verdade ocorre é que “a ofensiva neoliberal tem sido, no plano social, simétrica à barbarização da vida societária” (NETTO, 1995, p. 32) acarretando, entre outros fatores que marcam a desigualdade espreada pelo neoliberalismo, em

crescimento das taxas de desemprego, concebido como um mecanismo natural e necessário de qualquer economia de mercado eficiente. A taxa média de desemprego nos países da OCDE, que havia ficado em torno de

4% nos anos 70, pelo menos duplicou na década de 80. [...] o grau de desigualdade – outro objetivo sumamente importante para o neoliberalismo – aumentou significativamente no conjunto dos países da OCDE: a tributação dos salários mais altos caiu 20% em média nos anos 80, e os valores das bolsas aumentaram quatro vezes mais rapidamente do que os salários (ANDERSON, 1995, p. 15).

Vale ainda salientar que o direito formal na sociedade capitalista torna iguais todos os agentes da produção ao conceder tratamento igual aos desiguais. A relação real e desigual entre proprietários e produtores diretos assume a forma de uma troca de equivalentes que, como tal, cria as condições ideológicas necessárias à reprodução das relações de produção sob o domínio do capital, entrando 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. O direito assume, portanto, na formação social capitalista, uma função ideológica de alta complexidade com consequências sócio-políticas (BEHRING; SANTOS, 2009).

Mediante tal quadro negativo à efetivação dos direitos sociais, faz-se necessária a luta pelo seu reconhecimento e sua afirmação, atentando, contudo, para a insuficiência desta luta, já que as próprias premissas de produção e reprodução ampliada do capital limitam o caráter de universalidade dos direitos sociais formalizados na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6º, conforme já abordado no capítulo anterior.

Assiste-se ao avanço do discurso do direito a ter direitos, discurso este que, abstraído das medidas que buscam alcançar a efetivação dos direitos, porta tendências conservadoras de reprodução da ordem capitalista, pois tanto naturaliza a “questão social” quanto acoberta as desigualdades e as condições históricas nas quais os direitos sociais resultaram de conquistas da classe trabalhadora, à medida em que secundariza as diferentes possibilidades de acesso aos bens e serviços dadas pela condição social das classes (GUERRA, 2010). Com o mero reconhecimento formal e abstrato (não efetivo, pois), os direitos sociais:

abrandam a tensionalidade posta na situação, imprimindo certa resignação dos sujeitos, usuários de serviços e políticas sociais, frente ao não-atendimento da sua demanda. Afinal, em que pese no momento os recursos inexistirem, ele foi reconhecido [...] como sujeito de direitos e como tal “inserido” na instituição. Com isso, os direitos sociais perdem sua possibilidade de operar mudanças nas condições de vida do usuário e a legitimidade das instituições sociais é posta em risco (GUERRA, 2010, p. 35).

Tendo em vista que o discurso do direito a ter direitos se constitui em estratégia de controle social, tende a falsear a realidade concorrendo, no mínimo, para a despolitização dos sujeitos/usuários das políticas e serviços sociais em que se encontram inseridos. Assim, o assistente social deve ter em mente que:

ao não superar a intervenção tópica, focalista, pontual e emergencial, apelando para o “sentimento do direito” em detrimento de fornecer instrumentos necessários à aquisição da consciência do direito, o que só será possível se este tiver efetividade real e concreta na vida dos sujeitos, toda intervenção profissional permanecerá [...] na perspectiva do controle, posto que o discurso acaba sendo o limite, e, como tal, limitador da efetividade do direito (GUERRA, 2010, p. 51).

Assim, embora não se pretenda desvalorizar a luta por direitos, deve-se atentar para o fato de que “está em jogo a capacidade das forças anticapitalistas em construir um projeto político emancipatório frente ao capital e, neste sentido, uma condição é essencial: discernir as armadilhas liberais para delas se diferenciar” (SANTOS, 2007, p. 29).

Isso só será alcançado em uma associação que leve em consideração o interesse da coletividade, onde “o livre desenvolvimento de cada um é a condição para o livre desenvolvimento de todos” (MARX; ENGELS, 2011, p. 62), portanto numa sociedade socialista.

Dessa forma, admite-se a impossibilidade da realização do interesse de todos em uma sociedade individualista e desigual tal qual a sociedade capitalista, colocando-se empecilhos para a defesa dos direitos sociais, bandeira de luta de categorias profissionais com a dos assistentes sociais, especialmente numa área notadamente marcada, em seu evoluir histórico, pela exclusão social: a saúde mental. Vejamos assim como ocorreu a trajetória do Serviço Social nessa política, em particular.

2.2 – Inserção do Serviço social na Saúde Mental no Brasil

No Brasil, tem-se como marco de entrada do Serviço Social na saúde mental a década de 1940, sob inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics”, proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico

e tratamento de “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, ocorrendo especialmente através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ) (VASCONCELOS, 2002).

O Centro de Orientação Juvenil (COJ) foi criado pelo Departamento Nacional da Criança, em 1946, e a Clínica de Orientação da Infância (COI), em 1953, foi criada no Instituto da Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ambas tendo suas equipes de trabalho compostas por assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos, além da presença de um neuropediatra. Nesses espaços, enfatiza-se a função de intermediador do Serviço Social nas relações entre a instituição e a “clientela”, cabendo ao mesmo:

realizar entrevistas com os usuários e seus familiares, [...] a elaboração de um histórico da criança e/ou adolescente na escola, na vida familiar, como também do problema por aqueles apresentado. Tal histórico, chamado pelos assistentes sociais de diagnóstico, deveria ser apresentado para discussão com os demais profissionais nas reuniões de equipe (PEREIRA, 2002, p. 223).

Outro ponto importante a ser destacado diz respeito ao ideário que o Serviço Social tinha nessa época de valorizar o papel da família na formação do indivíduo, culpabilizando-a “(em especial a mulher, que era considerada a responsável pelo cuidado e educação) por qualquer problema emocional apresentado por algum dos membros – neste caso, os filhos” (PEREIRA, 2002, p. 225), agindo, o assistente social, na perspectiva de procurar manter a unidade familiar, respaldado em conceitos morais.

Ainda na década de 1940, na medida em que foram se formando os primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, as escolas procuraram induzir a assimilação desses profissionais para trabalharem nas seções de assistência social dos hospitais psiquiátricos, tendendo a constituir pequenas equipes situadas na “porta de entrada e saída” dessas instituições, de forma subordinada aos médicos e à direção do hospital, trabalhando numa ótica nitidamente assistencialista, realizando: levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação da alta, confecção de atestados sociais, encaminhamentos. Atendiam também às muitas e variadas demandas “no varejo” dos próprios usuários em relação a seus familiares ou vice-versa, normalmente em torno de necessidades imediatas em termos de roupas, contatos, pequenos recursos sociais e financeiros etc (VASCONCELOS, 2002).

Nesse contexto a prática profissional caracterizava-se por ações funcionais a lógica do capital, no sentido de acentuar ao máximo a divisão do trabalho nas instituições psiquiátricas. O que não era associado diretamente ao psíquico e ao somático, era demanda para o Serviço Social. Assim, quando estes não podiam atender a demanda, encaminhavam o usuário para outras agências sociais ou negligenciavam o atendimento (SILVA, 2007).

Não obstante o fato de ter havido uma abertura para o Serviço Social na saúde mental naquela década, sua inserção nos hospícios públicos não contava com grande quantidade de profissionais. Tal situação sofreu modificação após o golpe de Estado de 1964 que instaurou o governo ditatorial. Este procedeu a reformas no sistema de saúde e de previdência, resultando no aumento do número de hospícios e na multiplicação de possibilidades de empregar assistentes sociais na saúde mental (BISNETO, 2007).

Assim como previsto, dá-se a expansão de postos de trabalho nesta área para o Serviço Social, especialmente quando se considera que o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁸ obrigou as clínicas psiquiátricas conveniadas a contratarem assistentes sociais, obrigação esta cuja principal razão de ser advém da constatação de que, no fim dos anos 1960, o grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios não era a loucura (controlada pela psiquiatria, psicotrópicos e asilos), mas sim a pobreza, abandono e miséria latentes que geravam contestações por parte da sociedade, havendo a necessidade do assistente social, o que deixou transparecer que:

[...] o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o Serviço Social em saúde mental nos anos 1970, tal qual o Estado, o empresariado e a Igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o Serviço Social no Brasil visando, aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social (BISNETO, 2007, p. 27).

Dessa forma, pode-se dizer que o período ditatorial foi o divisor de águas entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa dos trabalhadores e seus

⁸ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966 com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (BISNETO, 2007).

dependentes (RESENDE, 2001). Apesar da ênfase dada à década de 1940 como marco de inserção do assistente social na saúde mental, apenas no pós-1964,

com a mudança do atendimento previdenciário na saúde mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, é que se consolidam as demandas para os assistentes sociais na saúde mental através da prestação de serviços necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios, a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes. Assim, a presença dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental se consolida, seja através de atuações nos hospitais psiquiátricos ou nos demais serviços a eles relacionados (BARBOSA, 2006, p.66).

Entretanto, os registros acerca do Serviço Social na área da saúde nos anos 1980 apresentam lacuna que se devem, possivelmente, ao processo de renovação pelo qual a profissão estava passando, de negação do Serviço Social Tradicional, “de revisão interna, não (sendo) realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 204). Em decorrência disso o Serviço Social chega nos anos 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional na saúde, mas observa-se uma mudança de posições do Serviço Social:

A postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO, 1996 apud BRAVO; MATOS, 2006, p. 204).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica e a conseqüente implantação dos serviços substitutivos, ocorre um redirecionamento nas demandas postas ao Serviço Social. A partir de então, o assistente social tem a possibilidade de exercer uma multiplicidade de funções, dentre as quais: gestores, coordenadores, planejadores, técnicos, supervisores, etc. Neste contexto, Rosa e Melo (2009) destacam diversas formas de atuação profissional do assistente social na saúde mental:

Na área empresarial, sobretudo em empresas de economia mista, em hospitais gerais e algumas instituições públicas tem crescido o número de assistentes sociais coordenando programas de alcoolismo, tendo por público alvo os funcionários ou servidores públicos e seus familiares. A área da assistência social tem se alargado em direção à saúde mental, através de programas de abrigo de idosos ex-moradores de hospitais

psiquiátricos, população de rua com transtornos mentais, mas fora de crise e mais recentemente, tem criado coordenadorias de dependência química, voltada para os adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas. Além dessas atividades é comum encontrar assistentes sociais em atividades de docência, supervisão de serviços e de pesquisa na área da saúde mental, no Serviço Social Jurídico abordando questões de interdições, tutela, curatela, dentre outros (ROSA; MELO, 2009, p. 85).

Com essa ampliação do espaço de atuação para o assistente social na saúde mental, o documento “Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde” faz uso de uma citação de Robaina (2009 *apud* CFESS, 2010, p.41) para destacar que “cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios”. A atuação deste profissional pode contribuir na direção da emancipação das pessoas com sofrimento mental, todavia verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social:

uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social [...]. Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!

Uma outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito (ROBAINA, 2010, p. 345).

Assim, tendo em vista essas diversas formas de atuação presentes no contexto profissional com a Reforma Psiquiátrica, um questionamento se faz pertinente: em que sentido o assistente social, inserido nessa nova lógica de atenção ao portador de transtorno mental, mediatiza direitos? Analisemos tal indagação a partir das análises dos resultados da nossa pesquisa expostos no próximo capítulo, tomando como lócus um dos serviços substitutivos emergentes da Reforma Psiquiátrica: a Emergência Psiquiátrica.

3. RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo apresentamos os resultados da pesquisa realizada nos meses de junho/julho de 2012 com os familiares dos usuários e as assistentes sociais que atuam na Emergência Psiquiátrica acerca dos direitos sociais.

Conforme mencionado na introdução deste trabalho, a coleta dos dados da pesquisa foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, com base em um roteiro contendo perguntas abertas. Foram entrevistadas 02 assistentes sociais que compõem a equipe da Emergência Psiquiátrica e também 10 familiares dos usuários da referida instituição, selecionados aleatoriamente. Os entrevistados foram identificados com as letras AS quando se referir às assistentes sociais e a letra F quando disserem respeito aos familiares, enumerados conforme a sequência em que foram entrevistados.

A questão dos direitos sociais será analisada aqui a partir da concepção que os familiares dos usuários da Emergência Psiquiátrica e as assistentes sociais da referida instituição tem acerca dos mesmos, ressaltando-se ainda os desafios que essas profissionais encontram para efetivá-los.

Contudo, preliminarmente, discorreremos sobre o Serviço Social na referida instituição.

3.1 – Contextualizando o Serviço Social na Emergência Psiquiátrica

A inserção do assistente social na Emergência Psiquiátrica ocorreu desde a implantação deste serviço, quando o mesmo ainda era Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM), em 2005, simultaneamente às demais profissões da saúde que compõem a equipe técnica da instituição: médicos (clínico geral, psiquiatra), enfermeiros, farmacêutico e psicóloga.

Na ocasião em que a pesquisa que fundamentou o presente trabalho foi realizada, a instituição contava com duas assistentes sociais. A atuação das referidas profissionais se desenvolve na perspectiva de:

acolher, orientar e informar os familiares e usuários quanto ao funcionamento dos serviços desenvolvidos na instituição, bem como dos direitos que possuem. O Serviço Social volta-se também para a articulação de ações com outros setores e instituições que compõem a Rede Assistencial em Saúde Mental, tais como: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Programa de Saúde da Família (PSF), Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselhos Tutelares (CT) enfim, todos os serviços que possam contribuir para o acompanhamento e tratamento dos usuários (LIMA, 2011, p. 19).

Além dessas ações, constatamos durante o período de estágio na Emergência Psiquiátrica que o Serviço Social, cotidianamente: recebe os familiares do usuário, no ato de internação, fornecendo informações quanto ao funcionamento da instituição e realizando o acolhimento dos usuários; contata os familiares para informar sobre alta médica; e, caso haja necessidade, emite declarações de internação, termos de responsabilidade, encaminhamentos, entre tantos outros documentos que os usuários ou seus familiares, porventura, venham a solicitar. Tais ações respondem a demandas que, apesar de não serem as únicas que se colocam ao profissional, são as mais frequentes.

Apesar da instituição ser um serviço novo, fruto de um novo momento na história da saúde mental, que é o processo de Reforma Psiquiátrica, demandas historicamente atribuídas ao Serviço Social persistem, como: o levantamento das condições sócio-econômicas dos usuários, onde o profissional de Serviço Social é tido “como agente institucional que centraliza e circula informações sobre a situação social dos clientes para os demais técnicos e para a entidade (...)” (IAMAMOTO, 2007, p. 113) e visto também como elo de ligação entre familiares-instituição-usuários, uma vez que

em qualquer campo de trabalho do assistente social, a sua atuação não deve limitar-se ao atendimento isolado de determinado segmento, mas deve haver a compreensão das relações sociais em que o sujeito está inserido, sendo o espaço familiar um dos aspectos a serem priorizados para que haja continuidade das ações realizadas (BUSSULA *et al*, s/d, p.16).

Dentre os instrumentos e técnicas geralmente utilizados pelas assistentes sociais da Emergência Psiquiátrica, situa-se: visitas domiciliares; encaminhamentos a serviços especializados; reunião, dinâmicas de grupo, palestras; livro de

ocorrências, onde são registrados todos os seus atendimentos; os prontuários, de uso compartilhado com outros profissionais, nos quais são feitas anotações concernentes à evolução interdisciplinar do usuário.

É importante destacar que os instrumentos e técnicas são elementos fundamentalmente necessários à objetivação das ações profissionais, à medida em que “a energia dos agentes potencializada no instrumental permite a operacionalização do projeto (profissional)” (GUERRA, 2007, p. 169), mas há que se ter cuidado com a ênfase atribuída aos mesmos, em qualquer espaço em que o profissional venha a atuar, pois:

ao atribuir autonomia às metodologias de ação e ao instrumental técnico, ao separá-los e torná-los independentes do projeto profissional, o assistente social acaba por transformar o que é acessório em essencial (GUERRA, 2007, p. 169).

Nesse sentido, não obstante a natureza interventiva da profissão, faz-se imperativo que o assistente social enriqueça a instrumentalidade⁹ de seu exercício profissional, qualificando-se para novas competências e indo além da mera requisição instrumental-operativa do mercado de trabalho (GUERRA, 2000).

No que concerne às atribuições privativas do assistente social, a Lei que Regulamenta a Profissão (Lei 8.662, de 7 de junho de 1993) coloca como uma de suas atribuições: “VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social” (BRASIL, 2011, p. 46). Nesse sentido, uma das atividades desenvolvidas pela assistente social da Emergência Psiquiátrica, no período que se estendeu do mês de março de 2011 ao mês de junho de 2012, foi o acompanhamento de estagiárias que, sob sua supervisão, formularam e desenvolveram um projeto de intervenção, cuja proposta consistia na realização de atividades semanais junto aos usuários e seus familiares, através de oficinas, palestras e reuniões.

Desta feita, em nosso campo de estágio vivenciamos um momento profícuo de aprendizagem que muito contribuiu em nossa formação profissional, cuja importância não se restringe apenas à graduação, mas que nos servirá de base em

⁹ A instrumentalidade no exercício profissional não se refere ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico (GUERRA, 2000).

nossa atuação, enquanto profissionais críticos, para agir futuramente nas mais diversas refrações da questão social. Assim sendo, passemos a discussão dos resultados da pesquisa em tela.

3.2 – Os direitos sociais na ótica dos familiares de usuários da Emergência Psiquiátrica

Preliminarmente, foram elencadas questões, na entrevista realizada com os familiares de usuários, que objetivaram traçar um perfil de seu parente interno. Verificamos que, sobre o grau de escolaridade, a maioria destes tem o ensino fundamental incompleto (40%), dois nunca estudaram, sendo analfabetos (20%), um com ensino médio incompleto (10%) e destaca-se uma usuária (10%) que concluiu o ensino superior, tendo inclusive especialização. Em relação aos demais não tivemos acesso à informação porque 20% dos familiares não souberam responder.

Esses dados revelam a realidade de exclusão vivenciada pelos portadores de transtorno mental. Um dos fatores pode estar relacionado ao fato dos mesmos apresentarem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade, gera o paradigma da exclusão social, como um dos fatores que dificulta o seu acesso à educação (SPADINI & SOUZA, 2006).

Além disso, podemos situar como fatores que os mantêm à margem do ensino, o despreparo do sistema educacional para lidar com portadores de necessidades especiais e a própria precariedade do ensino público. Sobre isso, é ilustrativo o resultado de uma pesquisa britânica noticiada no dia 28 de novembro de 2012 pelo Jornal Hoje¹⁰, na qual o Brasil ficou em penúltimo lugar no ranking do sistema educacional entre 40 países, ao lado de Turquia, Argentina, Colômbia, Tailândia, México e Indonésia. Assim, nota-se que se nosso país já apresenta um dos piores níveis educacionais do mundo, a situação se agrava ainda mais quando se considera um grupo específico de pessoas cuja trajetória histórica é marcada pela exclusão.

¹⁰ Telejornal exibido diariamente no canal de televisão “Globo”.

Em relação à renda, a maioria dos usuários não trabalhava (60%), não auferindo, portanto, renda própria. Os 20% que exerciam alguma atividade remunerada, não trabalhavam de forma estável, tendo renda incerta. Há ainda 20% dos usuários que recebiam benefícios, a saber: aposentadoria por invalidez e auxílio-doença.

Nota-se que os usuários da Emergência Psiquiátrica provêm das classes subalternas, vivenciando uma situação de pobreza e exclusão do mercado de trabalho que tem relação, dentre outros fatores, com a baixa escolaridade apresentada pelos mesmos. Nesse sentido, a maioria dos usuários não trabalha, sendo sustentada por parentes. O fato em questão gera inquietações, pois

as sobrecargas provenientes das dificuldades vividas pela maioria das pessoas não as deixam suportar o convívio com a psicose, tanto por fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros, devido ao fato de terem que prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais (RABELO et al., 2005).

A renda de 70% das famílias entrevistadas constitui-se, basicamente, da combinação dos seguintes benefícios: pensão por morte, aposentadoria por invalidez, bolsa família, aposentadoria por idade, auxílio-doença; 10% vive do salário mínimo de seu genitor; 10%, da renda incerta do genitor, que não trabalha regularmente, enquanto 10% recebe cerca de 8 salários mínimos.

Com relação à renda familiar, percebe-se que esta é baixa, sendo constituída basicamente por benefícios, este não necessariamente ligado ao transtorno mental, destacando-se um benefício destinado a famílias reconhecidamente pobres, como é o caso do Bolsa Família¹¹. Nesse sentido, a pobreza se constitui no modo de existência da maioria dos brasileiros que, em meio a precárias condições de moradia

¹¹ Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo o Brasil. O mesmo integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), que tem como foco de atuação os brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais, estruturando-se em três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e ações e programas complementares. O valor dos benefícios variam de acordo com as características de cada família, considerando alguns critérios, como: a renda mensal da família por pessoa, o número de crianças e adolescentes de até 17 anos, de gestantes, nutrízes e de componentes da família, havendo os seguintes tipos de benefícios: o básico, o variável, o variável vinculado ao adolescente (BVJ), o variável gestante (BVG) e o variável nutriz (BVN) e o Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP) (Informação disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 16 de novembro de 2012).

e carências alimentares, apresenta baixos níveis de saúde, sofrendo, assim, mutilações psíquicas que os torna mais vulneráveis às doenças mentais, emprestando a essas um caráter de maior gravidade (FILHA *et al*, 2003).

Quanto ao tempo em que os usuários encontram-se internados na Emergência Psiquiátrica, 50% encontram-se neste estabelecimento há 3 dias, 20% há 5 dias, 20% a cerca de 16 dias e 10 há 8 dias.

Questionados se seus familiares já foram internados em hospitais psiquiátricos, 60% dos familiares responderam que sim, destacando-se as seguintes instituições: Clínica Dr. Maia (Campina Grande), Juliano Moreira (João Pessoa), ICANERF (Campina Grande), Clipsi São Pedro (João Pessoa); enquanto 40% não haviam sido internados em hospitais psiquiátricos.

No período em que a entrevista foi realizada, a maioria dos usuários já estava internada na Emergência Psiquiátrica há 3 dias (72 horas), tempo-limite de internação neste estabelecimento, embora eventualmente possa permanecer por mais dias. Diferente do modelo psiquiátrico tradicional, que confinava permanentemente o indivíduo, o referido serviço atende o usuário apenas quando do surto psiquiátrico, liberando o mesmo para a convivência social e familiar ao estabilizar-se seu quadro clínico. Essa diferença de tratamento pôde ser experimentada pela maior parte dos usuários que estavam na Emergência Psiquiátrica no período da coleta de dados, pois, conforme visto no dado anteriormente apresentado, a maioria (60%) é egressa de hospitais psiquiátricos, inclusive do hospital “João Ribeiro”.

No que diz respeito à concepção dos familiares acerca dos direitos sociais, predomina a visão dos mesmos enquanto mecanismo pelo qual as pessoas devem respeitar e ser respeitadas (40%), visão esta ilustrada nas seguintes falas:

Ter respeito de uma pessoa para com a outra; ter direito de ir e vir; de se expressar, desde que não invada a privacidade dos outros (Entrevistado F 2).

O camarada chegar num ambiente e ser bem recebido, como aqui, por exemplo. É o direito de ser tratado com respeito e educação (Entrevistado F 8).

Nota-se que na primeira fala, os direitos sociais são confundidos com os civis, posto que estes últimos compreendem os direitos individuais de liberdade (ou seja,

liberdade de ir e vir, de imprensa, de pensamento), propriedade, direito à vida, segurança, direito à justiça, dentre outros (FERNANDES *et al*, 2003). Simultaneamente, é importante observar a forte orientação liberal nesta concepção do direito, em consonância com a classificação de direitos de cidadania feita por Marshall e já exposta em nosso trabalho, no capítulo anterior.

A segunda fala, por sua vez, expõe um dos direitos assegurados por lei às pessoas portadoras de transtorno mental, no Artº. 2, *parágrafo único*, II, a saber: “II - ser tratada com humanidade e respeito [...]”.

Os demais entrevistados destacaram opiniões diversas sobre a questão, a exemplo da concepção de direitos sociais como benefícios (20%) que acaba por constituir-se em uma negação do direito, à medida que são interpretados como benesses, reiterando o estigma de assistencialismo a que os direitos sociais são muitas vezes submetidos. Assim,

o que é direito do trabalhador, reconhecido pelo próprio capital, é manipulado de tal forma, que se torna um meio de reforço de visão paternalista do Estado, que recupera nesse processo o coronelismo presente na história política brasileira, agora instaurado no próprio aparelho do Estado (IAMAMOTO, 2007, p. 93).

Outra concepção de direitos sociais que apareceu de forma minoritária entre os familiares (10%) aponta para o seu entendimento como serviços e trabalho:

Seres humanos devem ter direitos a coisas pela sociedade, alguns serviços, como trabalho para os portadores de transtorno mental que não tem, e também para os presidiários; serviços sobre drogas, alcoolismo, muita coisa tem que ser feita sobre (Entrevistado F3).

Essa interpretação está em sintonia com a concepção de direito social assegurada na Constituição Federal de 1988, que estabelece no Capítulo II do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais – Artigo 6º, tais direitos: “[...] a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2010, p. 7, *grifos nossos*)”.

Ainda temos 10% que associou os direitos sociais às leis feitas para o bem-estar dos indivíduos e 20% dos entrevistados que não souberam responder, o que mostra a necessidade de que os assistentes sociais empreendam esforços na socialização de informações, orientação, escuta e acompanhamento aos usuários e familiares.

No que tange aos direitos dos portadores de transtorno mental, 50% dos entrevistados expressa que os mesmos devem ter direito à tratamento médico/psiquiátrico, conforme citou o entrevistado F 2: “direito a tratamento psiquiátrico num lugar mais humano”, depoimento este que vai na mesma direção dos direitos exposto no Artigo 2 da Lei 10.216/2001:

- 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 (BRASIL, 2005, p. 46)

Neste aspecto, ainda vale destacar que, dos entrevistados, 10% destacou que é direito dos portadores de transtorno mental não ser maltratado, corroborando o Art. 2º, parágrafo único, inciso III da Lei 10.216/2001 que afirma ser direito da pessoa portadora de transtorno mental “ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”:

Não judiar com eles. Se judiar, será processado. Eles devem ter sua manutenção, sustento para família (Entrevistado F 8).

Não obstante parte dos entrevistados ter demonstrado certo conhecimento sobre os direitos sociais, muitas vezes esse conhecimento decorre do senso comum, não sendo fruto de sua participação em eventos que os informem sobre tais direitos. Essa afirmação pode ser ilustrada na considerável porcentagem de familiares que disseram nunca ter participado de palestras ou reuniões que abordassem como conteúdo os direitos sociais: 90% dos entrevistados. Apenas 10% afirmou ter participado:

Sim, mas não tratava direto desse tema, mas tocava nesse assunto mesmo que seja um pouco. Foi numa igreja. Quem ministrou foi pastores palestrantes de outras igrejas (Entrevistado F2).

Dessa pequena parcela de entrevistados que expressou ter participado de evento que abordasse a temática dos direitos sociais, nota-se que foi de forma superficial e não havia profissionais qualificados para explicar a temática, ficando a cargo de pastores evangélicos, cuja escolaridade e formação profissional é uma incógnita.

Esse desconhecimento ou conhecimento superficial acerca dos direitos sociais faz inclusive com que os mesmos não consigam perceber a violação de direitos do usuário enquanto portador de transtorno mental, já que foi unânime a resposta dos familiares entrevistados, de que nunca presenciaram tal violação, algo difícil de crer considerando a vigência desta conjuntura neoliberal que visa um “Estado mínimo pro trabalhador e máximo pro capital”.

Por outro lado, essa resposta pode ter relação com um fato que verificamos na nossa vivência enquanto estagiária de Serviço Social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB, qual seja: a família ou o(a) responsável pelo portador de transtorno mental não costuma demonstrar curiosidade ou interesse em informar-se sobre questões afetas aos direitos de seus parentes. Isso pode ser explicado pela pouca divulgação sobre esse assunto, fazendo com que os mesmos não tenham o devido acesso à informação, o que reitera o desconhecimento ou conhecimento superficial sobre direitos sociais, já apontados no parágrafo anterior. Isso pode ser percebido na fala de um dos familiares entrevistados:

Direitos que a população desconhece. São restritos. Deveria haver campanhas de divulgação para o cidadão. Fica muito a desejar (Entrevistado F 9).

Nesse sentido, é colocada demandas aos assistentes sociais no que concerne à divulgação de informações posto que o mesmo que tem como uma de suas competências, segundo o Art. 4º, III, da Lei 8.662/93: “III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população” (BRASIL, 2011, p. 44).

Questionados sobre o trabalho cotidianamente desenvolvido pelas assistentes sociais da Emergência Psiquiátrica, 4 familiares não responderam, mas a maioria se posicionou de forma positiva, conforme ilustram as falas abaixo:

Excelente! Muito atenciosa, procura saber informações, manter contato com a família, o dia a dia do paciente na família (Entrevistado F 1)

É muito bom o trabalho todo na Emergência Psiquiátrica. A paciência e dedicação de todos que trabalham (Entrevistado F 2).

Trabalho excelente, chegam junto, orientam, abraçam a situação. Só coisas positivas sobre o que elas tem desenvolvido. Trabalho diferenciado (Entrevistado F 9)

Muito importante o trabalho delas porque não deixam meu parente à toa, sem cuidados. Quando ele precisa de lanche ou qualquer coisa, elas ligam pra a gente avisando. Passaram as regras que tem na Emergência pra a gente ficar sabendo e disse que quando meu parente sair, não deve parar o tratamento, que pra não parar, é que existe os CAPS (Entrevistado F 10).

Tais falas denotam a satisfação dos familiares para com o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, sendo o assistente social visto como um profissional que os trata com respeito e fornece orientações em relação aos cuidados que devem ser tomados com seus parentes tanto no espaço da Emergência Psiquiátrica, quanto no momento posterior à alta médica, devendo continuar o tratamento em outros serviços de saúde mental oferecidos, a exemplo dos CAPS. Nota-se, assim, que sua atuação reitera a perspectiva que permeia o SUS e a própria Reforma Psiquiátrica de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade para os seus usuários, indo em consonância, também, com seu Código de Ética Profissional, que assevera, em seu Título III, Capítulo I, Art. 5º, alínea c, que é dever do Assistente social na relação para com os/as usuários/as:

democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as (BRASIL, 2011, p. 29).

Contudo, cabe salientar que nenhum dos familiares associou o trabalho das assistentes sociais aos direitos sociais. Em suas falas restringiram-se a destacar a atuação destas profissionais no repasse de informações concernentes às necessidades cotidianas dos usuários (“lanche ou qualquer coisa”), sobre as regras da instituição onde se encontram internos e da importância de continuar o tratamento quando da alta médica.

Nesse sentido, também foram apontadas pelos familiares algumas situações específicas em que os mesmos consideraram importante a atuação das assistentes sociais no caso de seu familiar interno, tais como:

Sim. Meu filho interno, de 20 anos de idade, que é só dependente químico, e tava na parte da Emergência Psiquiátrica junto com os que tem transtorno mental, ter sido transferido para o pronto atendimento, pela influência da assistente social, pois ele tava com muito medo (Entrevistado F 2).

Ela passou algumas informações, ligou pra informar (Entrevistado F 6).

Sim. Uma assistente social disse que vai providenciar encaminhamento para outro hospital porque aqui é só de 3 dias (Entrevistado F 8).

Orientação, aconselhamento, assistência. Repassou informações da médica para minha irmã, tentando acalmar ela que estava ansiosa por alta (Entrevistado F 9).

Fez uma ficha de acolhimento para pegar umas informações de meu parente, dizendo que são informações importantes para toda a equipe que trabalha lá. Pegou até meu telefone e liga para mim quando precisa me dar informações (Entrevistado F 10).

Verifica-se que o profissional se insere como elo de ligação entre a família, os usuários e a instituição, tal qual coloca Bellini, Machado e Nunes (2003, p. 6):

O atendimento social é espaço de escuta, diálogo, reflexão, orientação, estratégia e articulação que tem sua base no vínculo e no comprometimento com o portador de sofrimento psíquico e seus familiares, visa a ações extramuros inclusivas e o exercício da cidadania e autonomia.

Ainda que não seja uma atribuição exclusiva dos assistentes sociais, este é um dos profissionais que mais se destacam no conhecimento e trato com as famílias (ROBAINA, 2010), trabalhando na perspectiva de socializar informações, orientar, aconselhar, atividade de suma importância tendo em vista que os familiares dos usuários, conforme já apontado, encontram dificuldades para ter acesso a informações, especialmente no que concerne aos direitos sociais. Nesta perspectiva, vejamos como ocorre o trabalho dessas profissionais na Emergência Psiquiátrica, bem como suas concepções sobre direitos sociais e os desafios que encontram para efetivá-los nesse espaço.

3.3 Percepção dos assistentes sociais da Emergência Psiquiátrica acerca de direitos sociais e dos desafios à sua mediatização.

Neste tópico, trabalhamos com o universo de assistentes sociais, uma vez que a referida instituição conta apenas com duas. No que concerne ao sexo, ambas são mulheres, reiterando a tendência histórica da profissão, formada predominantemente por mulheres. Sobre esta questão:

Em seu processo histórico de consolidação no Brasil e na maioria dos países latino-americanos, o Serviço Social teve como base os princípios da doutrina social da Igreja, que imprimiram na profissão um “espírito de apostolado”, configurando-a como uma profissão a ser exercida por mulheres, como uma “vocação”, com papéis específicos definidos pela sociedade para mulheres: o cuidado, a tutela, a ajuda, que por sua vez requerem abnegação, entrega de si, ser para os outros, enfim “naturalizando” a responsabilidade da profissão como uma carreira destinada majoritariamente a mulheres (LISBOA, 2010, p. 67).

Em relação ao ano em que concluíram o curso superior de Serviço Social, tem-se uma notável distância cronológica entre as assistentes sociais: uma concluiu em 1992, enquanto a outra concluiu recentemente, em 2010.

Quanto à pós-graduação, ambas possuem especialização em Saúde Mental, pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), sendo que uma delas também possui especialização em Saúde Pública, pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Nota-se que esse nível de pós-graduação está sendo realizado em instituições de ensino privado, pagas pelo próprio assistente social, não registrando-se especialização ofertada ou organizada pela gestão da política.

No que tange ao tempo de atuação enquanto assistente social, a primeira destas exerce a profissão há 19 anos, tendo inclusive trabalhado em outro espaço sócio-ocupacional que tem como foco a saúde mental: a Clínica Dr. Maia. A segunda trabalha há cerca de 1 ano e 6 meses, tendo exercido a profissão unicamente na Emergência Psiquiátrica.

Questionadas sobre a concepção de direitos sociais, as mesmas forneceram as seguintes respostas:

Resgate da cidadania dos usuários, através de uma qualidade de vida exercendo seus direitos como cidadãos (Entrevistada AS 1).

Direitos dos usuários garantidos pela lei (Entrevistada AS 2).

Verifica-se que na primeira concepção os direitos são mencionados de forma abstrata, pautada numa concepção também abstrata de cidadania. Além disso,

parece haver uma certa identificação entre direitos e deveres, como se houvesse acesso aos mesmos a medida em que o cidadão cumpre os seus deveres.

A segunda entrevistada, por sua vez, ressalta a legalidade no qual os direitos sociais estão inscritos, questão relevante ao levarmos em conta o fato do reconhecimento formal dos mesmos, embora, conforme já abordado nesse estudo, saibamos que é necessário lutar pela efetivação desses direitos uma vez que, conforme ressaltou Vieira (2004, p. 30 *apud* GUERRA, 2010, p.50): “Não há direito sem a sua realização”, sendo necessário ultrapassar os limites formais do direito burguês.

Sobre a concepção acerca da Lei 10.216/2001, as entrevistadas se posicionam da seguinte forma:

É a lei de reforma psiquiátrica que trata de humanização; resgate do usuário à sua residência; diretrizes de uma política pública ao paciente de transtorno; direitos; socialização dos usuários num espaço conseguido com luta (Entrevistada AS 1).

Os direitos dos usuários serem tratados como pessoas, pois antes eram discriminados na sociedade por ser considerados como loucos, não eram cidadãos (Entrevistada AS 2).

Tais posicionamentos mostram conhecimento acerca da Lei em questão. O primeiro aborda pontos fundamentais presentes na mesma, tais como: “humanização” (condizente com o Artº 2, parágrafo único, II, ao dizer que é direito da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito (...)); “direitos” (é o âmago da referida Lei, posto que a mesma “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, caput); “socialização dos usuários” (Art. 4º, § 1º “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”).

A segunda fala sobre a referida Lei mostra a importância desta como instrumento de promoção da cidadania, destacando para tal a condição de não cidadãos a que os portadores de transtorno mental eram submetidos antes do processo de Reforma Psiquiátrica, relegados a exclusão, havendo agora o reconhecimento formal de seus direitos, como qualquer outro cidadão.

No que concerne ao acesso das pessoas aos direitos atualmente, as profissionais fazem as seguintes considerações:

No geral, houve melhora na garantia e acesso, mas ainda precisa de mais organização na política pública, especialmente em relação à saúde mental e à realidade de nosso município. Penso que Campina Grande precisa de mais CAPS, pois há muita demanda para pouca oferta (Entrevistada AS 1).

Não é satisfatório (Entrevistada AS 2).

Compreendemos, assim, que houve avanços com a preconização dos direitos sociais em lei, mas não é satisfatório o acesso aos mesmos tendo em vista a conjuntura neoliberal que assola tais direitos, repercutindo também nas políticas sociais que se transformam em ações pontuais e compensatórias, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para essas políticas: a *privatização*, a *focalização* e a *descentralização*¹². Em outros termos,

a existência de garantias legais não se traduz necessariamente em garantias efetivas, não bastando somente afirmar legalmente um direito para vê-lo respeitado e materializado como uma realidade, visto que existe uma grande fratura entre o anúncio do direito e sua efetiva materialização (LONARDONI; OLIVEIRA, s/d, p. 5).

Nessa perspectiva, as assistentes sociais apontaram as possibilidades que conseguem visualizar em seu trabalho para fazer com que os usuários tenham mais acesso aos direitos:

Deveria ser feito trabalho nas comunidades, através de PSF, clubes de mães, NASF, em parceria com a Emergência Psiquiátrica. Trabalho de participação das instituições governamentais e não-governamentais (Entrevistada AS 1).

Informar os direitos que eles tem a usufruir (Entrevistada AS 2).

A primeira fala demonstra a necessidade de superar a fragmentação de ações entre as políticas sociais que se encontram desarticuladas sendo imperativo integrá-las. Construir ações interdisciplinares é fundamental, posto que o trabalho em rede é uma orientação da política nacional da saúde mental na contemporaneidade, como

¹² Descentralização, neste particular, é tida “não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da ‘reforma’ e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156)

condição para viabilizar o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente, por meio da articulação entre um conjunto de organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais (BOURGUIGNON, 2001).

A entrevistada 2, por sua vez, reforça a importância da informação no trabalho dos assistentes sociais. Essa é apontada no documento “Parâmetros da Atuação do Serviço Social na Saúde” como umas das principais ações a serem desenvolvidas por esse profissional: “democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária” (CFESS 2010, p. 44).

No questionamento sobre como a questão dos direitos sociais dos usuários se apresenta no cotidiano de seu trabalho na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB, as assistentes sociais entrevistadas apontaram:

Tendo em vista o próprio direcionamento da Emergência Psiquiátrica destinada à chegada do usuário em surto/crise para estabilização de seu quadro, a instituição apresenta muita rotatividade, assim o pouco tempo que o usuário passa na mesma, procura-se garantir, em termos de direito: atendimento à família, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento médico e os devidos encaminhamentos (Entrevistada AS 1).

Drogas, depressão, pós-parto, alcoolismo, falta de compromisso (Entrevistada AS 2).

Pelo exposto, a questão dos direitos na Emergência Psiquiátrica, na primeira colocação, praticamente restringe-se, no cotidiano do trabalho do assistente social, a atender as demandas que chegam ao profissional, em razão da natureza da própria instituição que visa, primordialmente, receber o usuário em surto/crise psiquiátrica e estabilizar seu quadro clínico, sendo muitas vezes um desafio, conforme constatado pelas estagiárias, realizar um trabalho sistemático com um determinado público, devido à alta rotatividade dos usuários e familiares nesse espaço. A segunda colocação, por sua vez, não correspondeu ao questionamento, posto que a entrevistada não forneceu resposta concernente à questão dos direitos sociais, elencando apenas problemas referentes ao quadro clínico dos usuários.

Verificou-se também que os meios mais utilizados pelas assistentes sociais, em seu trabalho, objetivando mediatizar direitos aos usuários relacionam-se com instrumentos e procedimentos tais como

Atendimento individual, visitas, intervenção, mediação via equipe, via família, via instituição (Entrevistada AS 1).

Informação com a família (Entrevistada AS 2).

Destaca-se, portanto, o saber, o conhecimento que as assistentes sociais detêm acerca dos direitos sociais, políticas públicas, rede de serviços oferecidos aos seus usuários, tendo todo o aporte necessário para divulgar tais informações aos próprios usuários e seus familiares. Afinal, o profissional de Serviço Social mediatiza direitos à medida que

se 'diferencia' e se legitima na equipe a partir dos seus conhecimentos acerca das políticas públicas e dos direitos sociais. Desta forma, contribui para o enfrentamento da questão social imbricada no processo de saúde/sofrimento psíquico, que vem ao encontro da concepção de saúde 'ampliada', presente na Constituição de 1988 (MACHADO, 2009, p. 246).

Há também possibilidade do assistente social mediatizar direitos intervindo na situação do usuário, utilizando-se dos próprios instrumentos de trabalho, que muitas vezes operacionalizam tal objetivo à medida que, por exemplo, um parecer social oferece a possibilidade do usuário acessar algum direito formalizado em Lei.

Contudo, nota-se também, pelas falas, a ênfase na atenção do assistente social à família, mostrando a necessidade de trazer o usuário para o centro da discussão e repasse de informações, uma vez que estes são os sujeitos centrais do processo de reabilitação psicossocial.

Apesar das possibilidades de atuação das assistentes sociais para com usuários e familiares na tentativa de mediatizar direitos sociais, desafios são colocados neste processo, tais como:

Resistência da família, nessa política pública de direitos; vínculo precário dos usuários com os CAPS, com a importância de tomar os medicamentos (Entrevistada AS 1).

Falta de apoio da família (Entrevistada AS 2).

Nota-se a importância do envolvimento da família que, muitas vezes, se omite da vida do portador de transtorno mental, dificultando o trabalho do serviço que não conta com a mesma na defesa dos interesses do usuário.

Também é apontado o “vínculo precário dos usuários com os CAPS”, o que sinaliza a fragmentação das ações não só entre políticas diversas, mas no interior da própria política de saúde mental, cujos serviços muitas vezes encontram-se desarticulados uns dos outros. Neste sentido, há necessidade de uma rede intersetorial, conforme a entrevistada AS 1 já havia apontado em outro questionamento que já abordamos.

Todavia, esses não são os únicos fatores que se apresentam como desafiantes ao profissional no que concerne à efetivação dos direitos sociais. Constatamos por meio de observação empreendida ao longo da experiência de estágio, que as assistentes sociais entrevistadas desenvolvem seu trabalho em meio a muitas dificuldades e ausência de condições, como: a freqüente escassez de transporte para visitas domiciliares ou institucionais e a ausência de sala privativa para atendimento, o que dificulta o sigilo entre profissional-usuário, contrariando o Artº 2, Alínea b da Resolução nº 493/2006¹³, que diz que o local de atendimento do assistente social deve possuir “recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional” (CFESS, 2006).

Trata-se de dificuldades colocadas pela política neoliberal vigente, cuja máxima consiste na redução dos gastos do Estado para com o social, culpabilizando-se muitas vezes o profissional que, imerso e subordinado à esta conjuntura, não desenvolve seu trabalho como deveria exercer, não por falta de capacidade, mas por não dispor das condições necessárias para tal feita.

Isso tensiona o que preconiza o Código de Ética profissional do assistente social ao afirmar que é direito do mesmo “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (Cap. II, “Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras”, Art. 7º, alínea a), reiterando a ideia de que “as possibilidades de atuação profissional não podem ser desvinculadas das condições e processos em que se realiza o trabalho” (CFESS, 2007, p. 43), considerando ainda que o desenvolvimento de competências e atribuições profissionais deve ser articulado em um processo mais amplo de gestão do trabalho que considera um estreito contato entre: “as atividades exercidas pelos trabalhadores(as); as condições materiais, institucionais,

¹³ A Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006 “Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social”.

físicas e financeiras; e os meios e instrumentos necessários ao seu exercício” (CFESS, 2007, p. 43).

Contudo, cabe destacar que as assistentes sociais não mencionaram suas péssimas condições de trabalho como desafios, apesar destas serem visíveis no espaço em que as mesmas desenvolvem seu trabalho.

Apesar dos desafios colocados à atuação do Serviço Social na saúde mental, quando questionadas sobre a importância desse profissional, as assistentes sociais destacaram:

Seu trabalho como mediador, pesquisador, que acompanha, orienta, acolhe e escuta o paciente, criando muitas vezes, inclusive vínculo com este (Entrevistada AS 1).

Facilitar o acesso aos direitos como um todo (Entrevistada AS 2).

Além de sua atuação enquanto profissional que orienta, acolhe e escuta, ressaltamos, na primeira fala, a postura investigativa do assistente social, seu papel de “pesquisador”, que busca sair da mera aparência dos fenômenos para chegar à essência, numa perspectiva de totalidade, afinal conforme Karl Marx: “toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação [a aparência] e a essência das coisas coincidissem imediatamente” (MARX, 1985, III, 2, p. 271 *apud* NETTO, 2009, p. 5)”. Nota-se também sua função de facilitador do acesso aos direitos, na segunda fala, à medida em que tal profissional e suas entidades representativas¹⁴ se posicionam claramente a favor destes.

¹⁴ Dentre as entidades representativas do Serviço Social, podemos citar: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa humanização e tratamento adequado aos portadores de transtorno mental, promulgou-se a Lei 10.216/2001 ou Lei Paulo Delgado que dispõe sobre a proteção e os direitos dessas pessoas e redireciona o modelo assistencial em saúde mental possibilitando, nos marcos legais, a garantia dos direitos de cidadania para indivíduos que, antes desse processo, não eram considerados cidadãos.

Nesse contexto, é válido ressaltar a consonância entre tais ideais e as bandeiras de luta defendidas pelo Serviço Social, dentre as quais situa-se exatamente a luta pela cidadania, conforme consta no tópico “Princípios Fundamentais” de seu Código de Ética profissional (2011): “III- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”.

Dessa forma, a pesquisa cujo conteúdo principal se pauta nos direitos sociais permitiu-nos constatar o pouco conhecimento que os familiares dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB detém em relação a esse assunto, havendo a necessidade de se tomar medidas a respeito, posto que, conforme já abordado, pouco adianta direitos formalizados em lei, sem a devida materialização dos mesmos em prol de quem tem poder para reivindicá-los.

Assim, para que essas informações sejam socializadas, é importante a atuação das assistentes sociais. Vale ressaltar, que o trabalho desenvolvido por estas profissionais é considerado pelos próprios familiares satisfatório e de grande valia, uma vez que elas os escutam, orientam, aconselham, constituindo-se num elo entre eles, os usuários e a instituição.

As assistentes sociais, por sua vez, demonstraram, em seus posicionamentos, conhecimentos em relação à temática dos direitos sociais e da lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental (Lei 10.216/2001), competência teórica indispensável à realização de um trabalho de qualidade.

Todavia, vale salientar que isto não basta para implementar os direitos sociais pois, conforme constatamos ao longo do estágio obrigatório, os mesmos se inscrevem num contexto macro onde determinantes de ordem econômica e política se colocam entre o ideal e o real, não sendo suficientes a competência teórica dos profissionais ou sua vontade de realizar adequadamente seu trabalho para que tais direitos sejam mediatizados.

Constatamos no cotidiano profissional das assistentes sociais entrevistadas desafios na tentativa de implementação dos direitos, como: a ausência da família na vida do portador de transtorno mental, a falta de intersectorialidade na política de saúde mental no município e as precárias condições de trabalho do assistente social. Apesar disso, as referidas profissionais mostram-se positivas sobre seu trabalho, vislumbrando possibilidades de os usuários conseguirem ter mais acesso aos direitos sociais através de: articulação em rede com outros serviços substitutivos e de mais divulgação de informações aos usuários/familiares sobre os direitos a eles pertinentes.

Diante do exposto, esperamos que esse estudo possa contribuir nas discussões concernentes ao trabalho do Serviço Social como mediatizador de direitos via políticas sociais, nesse caso, na política de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. F. de O; *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **NEUROBIOLOGIA**, 72 (1) jan./mar., 2009.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____, 1999. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. & COSTA, E. S. (Orgs.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 47-53.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. In: *Revista **Mente & Cérebro***, Ed. 164, 2006.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. S.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BALLONE, G.J. Antipsicóticos ou neurolépticos. In: **PsiquWeb**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=213>>. Acesso em: 18 de agosto de 2008.

BARBOSA, T. K. G. B. M. **Saúde mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2006.

BEHRING, E. R; SANTOS, S. M. de M. dos. Questão social e direitos. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2009.

_____; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BELLINI, M. I. B.; MACHADO, G. S.; NUNES, C. R. M. A Qualificação e a Contribuição do Processo dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde Mental. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, ano II, Dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/961/741>> Acesso: 15 de novembro de 2012.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

Bolsa família. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 29 de novembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. “De Volta para Casa”. **Manual do programa**. Brasília, 2003.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988_8.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A . E. et al. **Serviço Social e Saúde** - Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Questão da Saúde e Serviço social**. As práticas profissionais e as lutas no setor. São Paulo: PUC-SP (Tese de doutoramento), 1991 (mimeo.).

BUSSULA, D. A.; *et al.* **O trabalho do assistente social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349>>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

CFESS, **Parâmetros Para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2012.

_____. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social** / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). -- Brasília, CFP/CEFESS, 2007. 52 p.

CHERUBINI, K. G. **Modelos históricos de compreensão da loucura**. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1135, 10 ago. 2006 . Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8777>>. Acesso em: 18 de agosto de 2012.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação – Mestrado em Saúde Coletiva – Campina Grande: UEPB, 2006.

_____; OLIVEIRA FILHO, P. de. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 148-158, jan./mar. 2010

COULON, O. M. A. F; PEDRO, F. C. **Ludismo e cartismo.** 2011. Disponível em: <<http://prof1rangel.wordpress.com/2011/09/22/ludismo-e-cartismo/>>. Acesso em: 14 de dezembro de 2012.

Estudo mostra que Brasil tem um dos piores sistemas de educação do mundo. **Jornal Hoje.** Programa exibido em 28/11/2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/videos/t/edicoes/v/estudo-mostra-que-brasil-tem-um-dos-piores-sistemas-de-educacao-do-mundo/2265709/>>. Acesso em: 30 de novembro de 2012.

FERNANDES, J. D; *et al.* Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37(2):35-42

FILHA *et al*, 2003. **Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais.** Disponível em: <<http://www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html>>. Acesso em: 27 de novembro de 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o discurso do direito a ter direitos. In: **Ética e Direitos: ensaios críticos** (Orgs) FORTI, V. e GUERRA, Y. 2 Edição revisada, São Paulo, Lumen Juris, 2010.

_____. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 20. ed. São Paulo: Cortez: CELATS, 2007.

LIMA, I. G. do N. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: uma análise acerca do Serviço Social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande / PB.** Campina Grande 2011. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

LISBOA, T. K. Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão. **Revista Katályses**. Florianópolis, v. 13, n. 1 p. 66-75 jan./jun. 2010.

LONARDONI, E.; OLIVEIRA, J. A. de. **Serviço Social e direitos sociais**: entre a garantia legal e o acesso. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1534/1464>>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

MACEDO, C. F. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006.

MACHADO, G. S. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais**. v. 3: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Hucitec, 2009.

MACHADO, J. S. de A. Loucura e cidadania: um lugar possível? **CSONline Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. Ano 2, Volume 3, Maio de 2008.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e “status”**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MENDONÇA, A.C.F. **A relação entre pobreza e o desenvolvimento de transtornos mentais dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande**: um estudo exploratório. Campina Grande 2008. 80f. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

MINAYO, M.C.S.(org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Revista Temporalis**, nº 3, ano II, 2004.

_____. Introdução ao método da teoria social. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. P. 667 – 700.

_____. Repensando o balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. S.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, M.S.L. **Representações Sociais da Política de Saúde Mental**: Visões e práticas dos profissionais de um CAPS. Fortaleza: Editora EdUECE, 2010.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

PEREIRA, I. C. G. Do Ajustamento à Invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, P. A. P. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: **Programa de Capacitação em Serviço Social e política social**. Brasília: Cead, 1999. Módulo 1.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PICCININI, W. J.; ODA, A.M.G.R. História da psiquiatria: a Loucura e os Legisladores. **Psychiatry on line Brasil**. Vol.11, N° 3, Março de 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php#cima>>. Acesso em: 17 de outubro de 2012.

PINTO, L. F. da S. **Gestão-cidadã: ações estratégicas para a participação social no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

PNASH PSQUIATRIA E PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354>. Acesso em: 30 de novembro de 2012.

QUEIROZ, V. D. de C. **Entre o passado e o presente: a prática profissional do Assistente Social no campo da saúde mental**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – Departamento de Serviço Social, 2009.

RABELO et al. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do sistema único de saúde do estado da Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.29, n.º 1,p. 43-56, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=1619&about=access&lang=pt#>>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. & COSTA, N. (Org.). **Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2004, 24 (3), 92-99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2012.

ROBAINA, C. M. V. O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade** n° 102. Abril/junho, Cortez: São Paulo, 2010.

ROSA, L. C. dos S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. VII – VIII, n. 7 – 8, Dez. 2009.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. Ed. São Paulo, Cortez, 2008.

SANTOS, S. M. de M. dos. Questões e desafios da luta por direitos. **Revista Inscrita**. Ano VII – N° X – Novembro de 2007.

Seguridade aprova reajuste de auxílio a doente mental egresso de internação.

Disponível em: <
<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/414564-SEGURIDADE-APROVA-REAJUSTE-DE-AUXILIO-A-DOENTE-MENTAL-EGRESSO-DE-INTERNACAO.html>> Acesso em: 13 de novembro de 2012.

SILVA, K. M. P da. **Residências terapêuticas e o processo de desinstitucionalização**: inclusão social ou nova institucionalização? Campina Grande 2007. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

SOUZA, M. L; BOARINI, M. L. A deficiência mental na concepção da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Mai.-Ago. 2008, v.14, n.2, p.273-292.

SPADINI, L. S. & SOUZA, M. C. B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares, **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo Ago./Dez de 2006, v. 40(1) p. 123-7. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

TAYRINY, T. **A Reforma Sanitária no Brasil e a constituição do SUS**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAu0IAE/a-reforma-sanitaria-no-brasil-a-constituicao-sus#>>. Acesso em: 18 de novembro de 2012.

VASCONCELOS, E. M(Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Da hiperpsicologização Normatizadora ao Recalcamento da Subjetividade: notas históricas sobre Serviço Social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VELÔSO, [et al]. **Residenciais terapêuticos em Campina Grande**: refletindo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <
http://www.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_artigos/RESIDENCIAIS_TERAPEUTICOS_EM_CAMPINA_GRANDE.pdf>. Acesso em: 17 de outubro de 2012.

ZANON, C. J. N.; CAMPOS, A.L.A. Políticas governamentais de inclusão do doente mental no Brasil. **Pesquisa em Debate**, edição especial, 2009 <Disponível em: http://smarcos.br/paulinia/pesquisaemdebate/especial/artigo_18.pdf> Acesso em: 18 de julho de 2012.

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro da entrevista realizada com os familiares

- 1) Qual o grau de escolaridade de seu parente interno?
- 2) Antes de ser internado, o usuário trabalhava? Tinha renda própria?
- 3) Qual a renda da família?
- 4) Há quanto tempo seu parente interno está em tratamento na Emergência Psiquiátrica?
- 5) O usuário já foi interno em hospitais psiquiátricos? Em caso afirmativo, quantas vezes?
- 6) O que você entende por direitos sociais.
- 7) O que você sabe acerca dos direitos dos portadores de transtorno mental?
- 8) Você já participou de alguma palestra ou reunião que o informasse sobre tais direitos? Em caso afirmativo, em que instituição e qual profissional ministrou?
- 9) Você já percebeu a violação de algum dos direitos do usuário enquanto portador de transtorno mental? Você fez algo em relação a isso?
- 10) O(a) usuário(a) que está interno, seu parente, já recebeu (ou recebe) algum benefício em virtude do transtorno mental? Se sim, qual? Se não, por quê?
- 11) O que você pensa sobre o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais da Emergência Psiquiátrica?
- 12) Aconteceu alguma situação específica em que você percebeu ou vivenciou a atuação das assistentes sociais intervindo no caso de seu parente interno? Que situação foi essa e o que você achou do trabalho desenvolvido pela profissional?

Apêndice B

Roteiro da entrevista realizada com as assistentes sociais

- 1) Em que ano concluiu o curso e em qual Instituição?
- 2) Possui pós-graduação? Em caso afirmativo, trata-se de especialização, mestrado ou doutorado e em qual área?
- 3) Há quanto tempo atua como assistente social, de um modo geral?
- 4) Já trabalhou como assistente social em outro espaço sócio-ocupacional que tenha como foco a saúde mental?
- 5) Há quanto tempo atua na função de assistente social na Emergência Psiquiátrica?
- 6) O que você entende por direitos sociais?
- 7) Como você avalia o acesso das pessoas aos direitos atualmente?
- 8) Como a questão dos direitos sociais dos usuários se apresenta no cotidiano de seu trabalho na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB?
- 9) Que meios você utiliza em seu trabalho, visando mediatizar direitos aos usuários?
- 10) Quais os desafios que você encontra na tentativa de mediatizar direitos?
- 11) O que você conhece sobre a Lei 10.216/2001 ou Lei Paulo Delgado?
- 12) Ainda na perspectiva dos direitos, quais as possibilidades que consegue visualizar em seu trabalho para fazer com que os usuários tenham mais acesso a eles?
- 13) Ao seu ver, qual a importância do trabalho realizado pelo assistente social na saúde mental?