



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALCIONE DE OLIVEIRA SILVA

**SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA
PERSPECTIVA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS NO CAPS I CUIDAR E VIVER
NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA CAMPINA GRANDE – PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2017

ALCIONE DE OLIVEIRA SILVA

**SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA
PERSPECTIVA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS NO CAPS I CUIDAR E VIVER
NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA CAMPINA GRANDE – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dr^a. Tereza Cristina Ribeiro da Costa

CAMPINA GRANDE – PB

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586s Silva, Alcione de Oliveira.
Saúde mental e cidadania [manuscrito] : uma experiência de estágio na perspectiva dos direitos dos usuários no CAPS I cuidar e viver no distrito de São José da Mata Campina Grande – PB / Alcione de Oliveira Silva. - 2017.
43 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa ,
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica . 3. Cidadania . 4. Serviço de saúde mental . 5. Assistência social .

21. ed. CDD 616.89

MARCELA PEREIRA FERNANDES

UMA INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS DO CAPS I CUIDAR E VIVER: Entre a sobrecarga do cuidado e o desafio da autonomia

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 11/12/2017

BANCA EXAMINADORA

Tereza Cristina Ribeiro da Costa

Prof.^a. Dr.^a Tereza Cristina Ribeiro da Costa
(Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thaís Simplicio Carneiro Matias

Prof.^a. Me. Thaís Simplicio Carneiro Matias
(Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Vanusa da Silva Pequeno

Orientadora de Campo: Vanusa da Silva Pequeno
(Examinadora)

Assistente Social CAPS I Cuidar e Viver Dist. São José da Mata

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me acompanhado nessa jornada nos momentos difíceis, e também nos bons, onde busquei em ti a minha força para a concretização desse sonho.

Aos meus pais, Geose Moreno da Silva e Francisca de Oliveira Silva, minha fortaleza e meu orgulho.

As minhas irmãs Rosemary e Maria Lucélia, obrigada por fazer parte da minha vida e ao meu sobrinho Gabriel, nosso príncipe.

Ao meu esposo Damião Medeiros, pelo amor, carinho e palavras de incentivo.

Ao meu amigo/irmão Damião Nóbrega de Albuquerque, meu grande incentivador, suas palavras de incentivo e força foram muito importante para a realização desse sonho.

A minha família materna e paterna, família alicerce de tudo.

A todos os meus amigos e amigas, que são graça em minha vida.

Aos meus colegas da turma de serviço social, não poderia ter cursado com uma turma melhor, vivemos ótimos momentos juntos, vocês fazem parte da minha história, vou levar pra vida toda.

A minha amiga e companheira de curso Marcela Fernandes, obrigada pela parceria e os incentivos. E também ao amigo de curso Rafael, nosso trio foi perfeito.

A todos os professores da UEPB, mestres e doutores do departamento de Serviço Social ou não, pelas contribuições em minha formação profissional.

À supervisora acadêmica professora Dr^a. Tereza Cristina Ribeiro da Costa, obrigada por compartilhar o seu conhecimento com competência, paciência e simplicidade contribuindo desta forma em minha formação profissional.

À supervisora de campo e examinadora da minha banca, a Assistente Social Esp. Vanusa da Silva Pequeno obrigada por sua atenção, companheirismo, por sua simplicidade em compartilhar o seu conhecimento, contribuindo para a minha formação profissional.

Aos usuários e familiares do CAPS I (Cuidar e Viver) pelo carinho e acolhimento, pois foram muito importantes para a realização desse trabalho, contribuindo com suas experiências de vida. Como também, a todos os profissionais da instituição, muito obrigada.

À professora Me. Thaisa Simplício Carneiro Matias, pela disposição em participar da minha banca e por suas contribuições neste trabalho.

Ao meu empregador Everaldo Pereira Santos, por sua compreensão durante esses cinco anos de curso.

Obrigada também aqueles que duvidaram do meu potencial, pois deram a esse momento de conclusão um sabor especial.

Obrigada a todos que estiveram durante esses cinco anos ao meu lado, vocês fazem parte dessa história. Será o fim de um círculo, mas o começo de uma nova história.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir a experiência do Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I – Cuidar e Viver) localizado no distrito de São José da Mata em Campina Grande-PB, entre os anos de 2016 e 2017. Onde, discutimos cidadania e saúde mental na perspectiva dos direitos com os usuários e familiares. Dessa maneira, fizemos alguns recortes históricos sobre a interpretação da louca na história até chegarmos ao movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil no final dos anos 1970, quando começou o processo de desinstitucionalização e a implantação dos CAPS e posteriormente com a aprovação da Constituição Federal de 1988 e da Lei 10.216 os seus direitos serão normatizados. Sobre o trabalho da assistente social falamos do seu cotidiano no CAPS I, sempre pautada no projeto-ético-político do Serviço Social na luta por igualdade de direitos, justiça e equidade e também problematizamos os desafios profissionais da mesma. Nas oficinas a discussão será pautada no conceito de cidadania com um breve histórico, com ênfase nos direitos de cidadania na saúde mental. A metodologia utilizada foi roda de conversa, dinâmica de pergunta e respostas e vídeos, com encontros uma vez por semana, com o apoio da Assistente Social. Desse modo, salientamos que as oficinas desenvolvidas tiveram êxito, uma vez que os usuários e familiares tiveram acesso a informações sobre os seus direitos e assim poderão cobrar do poder público quando os mesmos não se efetivarem. Para o grupo de estagiários a experiência de estágio obrigatório no CAPS I Cuidar e Viver foi de suma importância para nossa formação profissional, pois nos proporcionou a articulação entre a prática e a teoria e dessa forma o desenvolvimento das mediações necessárias ao cotidiano institucional.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos. Cidadania. Usuários.

ABSTRACT

The objective of this study is to discuss the experience of the Mandatory Supervised Internship in Social Work of the State University of Paraíba (UEPB) in the Psychosocial Care Center (CAPS I - Cuidar e Viver) located in the district of São José da Mata in Campina Grande-PB, between 2016 and 2017. Where we discuss citizenship and mental health in the perspective of rights with users and family members. In this way, we made some historical cuts on the interpretation of the blonde in history until we reached the Psychiatric Reform movement in Brazil in the late 1970s, when the deinstitutionalization process began and the implementation of the CAPS and later with the approval of the Federal Constitution of 1988 and Law 10.216, their rights will be regulated. On the work of the social worker we talk about her daily life in CAPS I, always based on the social-ethical-political project of the Social Work in the struggle for equality of rights, justice and equity, and we also discuss the professional challenges of it. In the workshops the discussion will be based on the concept of citizenship with a brief history, with emphasis on citizenship rights in mental health. The methodology used was conversation wheel, question and answer dynamics and videos, with meetings once a week, with the support of the Social Worker. In this way, we emphasize that the workshops developed were successful, since the users and their families had access to information about their rights and so they can collect from the public power when they do not take place. For the group of trainees, the experience of compulsory traineeship at CAPS I Caring and Living was of paramount importance for our professional training, as it provided us with the articulation between practice and theory and, in this way, the development of the necessary mediations for institutional daily life.

Keywords: Psychiatric Reform. Rights. Citizenship. Users.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 A HISTÓRIA DA LOUCURA NA ANTIGUIDADE, IDADE MEDIA E RENASCIMENTO.....	11
2.1 O INTERNAMENTO: A CRIAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO DA REVOLUÇÃO FRANCESA.....	12
2.1.2 O Hospital se Consolida como Lugar de Tratamento, lugar de Louco	14
3 PÓS-GUERRA E UMA NOVA FORMA DE PENSAR A PSIQUIATRIA	16
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	18
3.1.2 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB	22
4 CIDADANIA E SAÚDE MENTAL: O SERVIÇO SOCIAL E A PERSPECTIVA DOS DIREITOS.....	24
4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS I – CUIDAR E VIVER.....	24
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO NO CAPS I – CUIDAR E VIVER, NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA, CAMPINA GRANDE – PB	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A nossa discussão sobre a Reforma Psiquiátrica surge da nossa experiência de Estágio Supervisionado Obrigatório de Serviço Social no CAPS I Cuidar e Viver, localizado no distrito de São José da Mata, Campina Grande-PB. O nosso estágio na instituição teve início em maio de 2016 com a parte de observação das atividades desempenhadas pela assistente social para conhecermos a rotina institucional do CAPS no atendimento aos usuários com transtornos leves, moderados, graves, de álcool e drogas e também aos seus familiares. A observação aconteceu junto à assistente social participando dos grupos terapêuticos, de escuta, de família, nos acolhimentos e nas visitas domiciliares.

A escolha do nosso tema para o projeto de intervenção foi cidadania e saúde mental: uma intervenção na perspectiva de discutir direitos e deveres com os usuários no CAPS I Cuidar e Viver. Neste sentido, a escolha da temática teve relevância, pois expôs a importância de discutir direitos e cidadania com os usuários. Visto que desde que chegamos a instituição observamos a necessidade de se trabalhar os direitos com usuários e familiares, como forma de contribuir com o conhecimento sobre os seus direitos. Esse percurso foi alimentado pelas leituras, supervisões e discussões ao longo do estágio.

Procuramos estruturar a exposição dessa discussão, buscando inicialmente discutir a história da loucura na Antiguidade, Idade Média e no Renascimento. No qual, a loucura já foi interpretada como sendo algo divino, depois como possessão do demônio e em um período mais recente como o desprovimento da razão.

Para tanto, é a partir dos séculos XVII e XVIII com os preceitos da Revolução Francesa com os ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” que surgirá os primeiros hospitais psiquiátricos com o intuito de afastar os loucos do meio social, da nova sociedade em ascensão. Ainda que, somente mais tarde com Pinel, precursor do nascimento da psiquiatria, aconteça sua consolidação.

Mais será somente após a Segunda Guerra Mundial, com o horror deixado por ela, que a psiquiatria começará a ser questionada.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem seu período demarcado no ano de 1978, com o Movimento de trabalhadores de Saúde Mental (MSTM), denunciando as péssimas condições de trabalho nos manicômios e conseqüentemente, a forma desumana em que as pessoas com sofrimento psíquico

eram tratadas. Mas também, tivemos a influência do movimento de Reforma Psiquiátrica italiano que teve como mentor Franco Basaglia.

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica ganhará repercussão nacional e novos serviços substitutivos começam a surgir como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e em consequência o processo de desinstitucionalização se inicia em vários estados brasileiros e será posteriormente normatizado com a Lei 10.216/2002 do deputado Paulo Delgado.

Concomitante, ao processo de desinstitucionalização que ocorria no país, entre os anos de 2003 e 2006 inicia-se no município de Campina Grande esse processo. O referido município após receber avaliado pelo PNASH/Psiquiatria em 2002 e constatado irregularidades, acontece uma intervenção no Hospital João Ribeiro e depois no Maia. Com a intervenção nesses hospitais seus pacientes serão avaliados e encaminhados para serviços substitutivos, como CAPS e Residências Terapêuticas e outros voltaram para o seio familiar com o apoio do Programa de Volta pra Casa do Ministério da Saúde.

Também fizemos uma introdução sobre o conceito de cidadania e a construção dos direitos civis, políticos e sociais ao longo da história nas sociedades modernas. Como também, falamos do serviço social e sua atuação na saúde mental, dos avanços e dificuldades profissionais e institucionais, principalmente com os rebatimentos neoliberais.

Após, essa introdução abordamos o projeto de intervenção desenvolvido junto aos usuários e familiares com a colaboração da assistente social. A temática escolhida surge da necessidade de informar aos usuários e seus familiares os seus direitos como cidadãos, garantidos na Constituição Federal de 1988.

Na metodologia utilizada procuramos abordar as temáticas com dinâmicas, vídeos, jogos de perguntas e respostas, com rodas de conversa e sempre priorizando a fala, a percepção deles, procurando informar, mas também criar espaços para discutir e como forma de registro, utilizamos o diário de campo e fotografamos.

As oficinas ocorreram em nove encontros divididos em dois blocos, com os seguintes temas: a Reforma Psiquiátrica, o que tínhamos antes e depois da Reforma; a Lei 10.216 e os direitos normatizados a partir de então, a Portaria 336 que institui os CAPS; a cartilha sobre os Direitos a Saúde Mental; o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a Lei 8.899 de 29 de junho de 1994, que é a Lei do

Passe Livre. Para resguardar a identidade dos usuários e seus familiares, usamos em suas falas neste trabalho letras que substituíram os seus nomes.

E para concluirmos, enfatizamos os embates para a efetivação das políticas públicas, no caso a de saúde mental, devido às ofensivas neoliberais e aos ajustes fiscais. No qual, as políticas públicas tornam-se são cada vez mais seletivas e focalizadas, indo de contra ponto ao que está previsto na Constituição Federal e em seguida fizemos as considerações finais.

.

2 A HISTÓRIA DA LOUCURA NA ANTIGUIDADE, IDADE MÉDIA E RENASCIMENTO

Historicamente, a loucura foi entendida de diferentes formas nas sociedades. Na Antiga Grécia a loucura era entendida como algo divino e os loucos eram vistos como deuses como pessoas que estavam na terra e tinham ligação com seres sobre naturais e dessa forma interferiam na vida dos homens e suas decisões aqui na terra. A loucura habitava o imaginário mitológico das pessoas e filosófico de vários filósofos gregos da época. Nesse período, as pessoas consideradas loucas expressavam-se livremente (CIRILO, 2006).

Mas, com o tempo, mais precisamente na Idade Média a interpretação divina da loucura, ganhará nova significação social e o louco passará a ser uma pessoa possuída por demônios.

Para tanto, antes que a loucura seja tratada pela caridade da igreja católica, quando serão afastados do convívio social, entre os séculos XV, XVI e XVII é necessário salientar que os leprosos, pobres, pessoas com doenças venéreas, vagabundos, entre outros foram excluídos e segregados, anteriormente em vários leprosários da Europa (FOUCAULT, 2007).

Fato interessante apontado por Foucault (2007), no século XV, foi à existência da literária e mítica Nau dos Loucos. Esse barco navegava pelos rios europeus, de cidade em cidade e os loucos eram levados por mercadores, marinheiros e peregrinos para longe de suas cidades. Neste sentido, afirma Foucault (2007, p. 12) que:

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada.

Como coloca o autor, nestes barcos os considerados insanos eram levados para longe de suas cidades e deixados abandonados a sua própria sorte.

Para tanto, no período da Idade Média, onde Deus era o centro do universo e tudo era explicado pela fé e a igreja detinha um poder supremo. Com o advento do Renascimento, essa concepção mudou e o homem torna-se o centro do Universo, tudo terá uma razão, uma explicação racional.

Nesse contexto, a loucura passará a ser entendida de outra forma. Com o Renascimento, será interpretada como o desprovemento da razão. Em uma ordem teríamos homem-razão, arte e ciência. A partir desse momento o pensamento social da época começará a modificar-se e as respostas para o que acontecia na sociedade e na natureza deverão ser explicadas através da ciência. Logo, Cirilo (2006, p. 20) coloca que a loucura não será ainda explicada pela ciência e afirma que:

Apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismo de exclusão do louco, ainda não é nesse período que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se meramente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele.

A autora coloca que desde a Idade Média, já existia mecanismos para afastar o louco do convívio social, no entanto ressalta que seu afastamento ainda não representa um saber médico-científico de doença mental por isso não havia intenção de tratá-los.

2.1 O INTERNAMENTO: A CRIAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO DA REVOLUÇÃO FRANCESA

Foi entre os seus XVII e XVIII que as casas de internamento foram criadas. Não somente para afastar do convívio em sociedade, os considerados loucos, mas também todos aqueles que estivessem fora do padrão social da época.

Segundo Hobsbawm (2011) é no século XVII que surge os primeiros movimentos de intelectuais, propondo uma nova ordem política que diminuísse o poder absolutista, que abriu caminho para um novo modelo econômico, denominado de mercantilismo. Dessa forma, as casas de internamento surgirão como forma de exclusão para todos aqueles que não se enquadram no novo modelo de econômico de produção, comércio e consumo.

O Hospital Geral de Paris foi um dos primeiros criados. Ele é fruto de um novo modelo de organização social na França. Essas instituições de internamento tinham o papel de recolher espontaneamente ou através da força todos os que ameaçavam a ordem, pobres, desempregados, vagabundos, doentes, prostitutas e

os insanos de todos os sexos e idades, homens, mulheres e crianças, todos eram internados excluídos e segregados nessas instituições (FOUCAULT, 2007).

Não por acaso, a exclusão do louco com o seu internamento acontece com inspiração na Revolução Francesa e com base nos novos preceitos da burguesia. Desse modo, Foucault (2007, p. 53) afirma que:

O classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os "internos". [...] O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais.

Logo, como afirma o autor o internamento ocorre não somente com o intuito de afastar os que não serviam como mão de obra para o capitalismo em ascensão, mas, sua exclusão teria por finalidade também a moralização dos mesmos e será tratada como caso de polícia.

Para tanto, os movimentos que impulsionaram a Revolução Francesa e a nova ordem social com as mudanças ocorridas na estrutura governamental, não serviram para acabar com os problemas na França, pois, a guerra continuava e seu povo não gozava dos benefícios esperados com a derrubada da monarquia, estavam revoltados e sofrendo com a fome, as más colheitas e os baixos salários (HOBSBAWM, 2011).

Tão logo, as casas de internamento são alvos de questionamentos e críticas sobre sua eficácia com relação ao aumento da pobreza. Desse modo, muitos de seus internos tinham condições de trabalhar e ajudar no processo de industrialização na Europa. Assim, contribui Foucault (2007, p. 67) afirmando que:

A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. Não nos esqueçamos que as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país: Worcester, Norwich, Bristol; [...] Os internos devem trabalhar, todos.

Nas palavras do autor fica evidente que nesse momento de crise a palavra de ordem seria trabalho e aqueles que foram afastados da sociedade por vagabundagem ou desvio de conduta receberiam um ofício e dessa forma contribuiriam para o processo de industrialização como mão-de-obra barata.

Dessa forma, mudanças com relação à exclusão dos que não eram desejáveis na sociedade aconteceram e o internamento passará a selecionar

somente os declarados como loucos os que não conseguiam trabalhar e os Hospitais Gerais serão reformulados, nascendo assim o Hospital Psiquiátrico que terá como interventor para a sua reformulação o médico Phillippe Pinel (CIRILO, 2006).

2.1.2 O Hospital se Consolida como Lugar de Tratamento, lugar de Louco

Segundo Cirilo (2006), é no ano de 1793 com as reformas nos Hospitais Gerais, começando pelo de Bicêtre, que se romperá com as práticas dominantes libertando os loucos das correntes que os prendiam. No entanto, sobre os preceitos de punição não haverá mudança e a moralidade social dos loucos continuaria sendo central em seu tratamento, assim a psiquiatria surge como resposta a uma problemática social e ocupa lugar de instância reguladora da loucura. Nesse sentido, Foucault (2007, p. 48) colabora afirmando que:

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontram os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertados”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.

Como afirma o autor, a Reforma iniciada com Phillippe Pinel com sentença de liberdade que não acontece realmente de fato, significou um dos primeiros passos para o reconhecimento da loucura como doença mental, ainda que o internamento seja a maneira meio para tratá-la.

Segundo, Castel (1978, *apud* Cirilo, 2006, p. 21) esse novo olhar social voltado para os considerados loucos teria seus fundamentos na mudança do regime político e o surgimento de novas leis para o controle social como a justiça, novos administradores e da medicina, como também o status de doença mental ao louco e o asilo como instituição para os alienados como denominou Pinel.

Dessa forma, é com o médico Phillippe Pinel na França que nasce a psiquiatria, no qual o mesmo segundo Castel (1978, *apud* Rosa, 2003, p. 48) destaca-se em três aspectos:

- 1) Classifica o espaço institucional asilar e redistribui os enfermos, ou seja, organiza-se e legitima um lugar para o exercício de um saber – o asilo, posteriormente hospital psiquiátrico.

- 2) Promove o arranjo nosográfico das alienações mentais, instituindo um saber psiquiátrico à ciência alienista.
- 3) Impõe uma relação específica de poder entre médico e enfermeiro, explícito no “tratamento moral”.

É a partir dessa classificação colocada pelo autor, que o louco será alienado e agora ganhará o status de doente mental e o asilo, que mais tarde se tornará o hospital psiquiátrico um lugar de tratamento e estudo para a medicina.

3 PÓS-GUERRA E UMA NOVA FORMA DE PENSAR A PSIQUIATRIA

Como exposto anteriormente, o louco e a loucura tiveram na sociedade, principalmente na Europa, significados diferentes. Tiveram status de divindade, depois de possessão demoníaca e a exclusão social foi utilizada por vários séculos como forma de tratamento.

Sob os preceitos da Revolução Francesa “o louco e a loucura colocam em xeque o princípio essencial da sociedade burguesa, a razão” (ROSA, 2003). A nova sociedade burguesa da ao louco um novo atributo do desprovemento da razão, no qual ele será considerado um alienado, sem condições de contribuir como força de trabalho para nova sociedade burguesa capitalista.

Neste sentido, Lucia Rosa (2003, p. 45) sobre a nova condição do louco na França afirma que:

A burguesia equacionou o problema político que representava a loucura delegando mandato à psiquiatria, que deslocou o problema essencialmente político que ela representava para a alçada técnica. Ao tornar a loucura administrável, medicalizou-a. A medicalização da loucura arbitrou um novo status jurídico, social e civil para o louco, agora alienado, doente, um agente incluído em outro código que a lei francesa de 1838 fixou num estado de minoridade social, equiparando-o à criança e, por isso, tornou o louco uma pessoa tutelada pela psiquiatria.

Como bem coloca a autora, a burguesia passa o problema social da loucura para ser administrado pela psiquiatria, com isso o louco será medicalizado, torna-se doente e alienado.

No entanto, como paradoxo segundo Foucault o hospital do século XVIII, tinha uma finalidade diferente da que terá com a psiquiatrização da loucura. Onde, o mesmo autor afirma que:

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Essa é a função essencial do hospital. (FOUCAULT, 2012, p. 174-175)

O autor coloca que o hospital nesse período era um local de morte, no qual as pessoas iam para morrer e sobre os cuidados religiosos seriam salvos como perdão de seus pecados. Eram enviados para o hospital pessoas pobres, vagabundos, desempregados e também os loucos.

No entanto, no final do século XVIII e início do século XIX o hospital irá passar por mudanças em sua função e o papel do médico ganhará uma nova importância. O hospital, anteriormente considerado local de morte, onde os pobres iam para morrer, torna-se na França, local de cura, ensino e pesquisa médica (ROSA, 2003).

Segundo, Foucault (2012) a partir do momento que o hospital é considerado como um local de cura, o médico passa a ser o principal responsável por sua organização e a loucura passará também ao domínio do médico.

Após séculos de institucionalização da loucura a mesma passa a sofrer críticas, principalmente na Europa. Pois, o tratamento direcionado aos seus internos não havia proporcionado a cura dos mesmos, do mesmo modo que o próprio espaço institucional apresentava péssimas condições de tratamento, sendo comparado a campos de concentração (CIRILO, 2006).

Mas, somente após o final da Segunda Guerra Mundial o modelo de hospital psiquiátrico e a psiquiatria serão alvo de grandes questionamentos e críticas. Nesse sentido, Cirilo (2006, p. 30) colabora dizendo que:

As cenas de violência e exclusão vivenciadas durante a guerra propiciaram uma reflexão sobre a forma pela qual a Psiquiatria vinha lidando com o sofrimento mental, principalmente no que se refere à psiquiatria da liberdade e desrespeito aos direitos humanos. Foi nesse período que a Psiquiatria sofreu profundas transformações sendo alvo de críticas e de tentativas de superação dos problemas apontados, numa busca de novas abordagens na teoria e na técnica.

A autora coloca que a violência e os horrores vivenciados no período da Segunda Guerra Mundial serviram de reflexão para a sociedade repensar a forma como as pessoas em sofrimento psíquico eram tratadas nos manicômios.

Concomitantemente, é necessário salientar que essas mudanças ocorridas no modelo psiquiátrico após a Segunda Guerra Mundial também foram influenciadas por mudanças econômicas e sociais.

Segundo Rosa (2003) economicamente, esse momento de nossa história significou a “secundarização” da economia de mercado, dando lugar para o avanço de políticas públicas de pleno emprego, de direitos sociais, em conjunto com idéias de justiça social, solidariedade e universalidade, no qual surge o Welfare State (Estado de bem-estar social). Neste contexto, Behring e Boschetti (2011, p. 89) afirmam:

Houve, naquele momento, uma melhora efetiva das condições de vida dos trabalhadores fora da fábrica, com acessos ao consumo e ao lazer que não existiam no período anterior, bem como uma sensação de estabilidade no emprego, em contexto de pleno emprego Keynesiano, diluindo a radicalidade das lutas e levando a crer na possibilidade de combinar acumulação e certos níveis de desigualdades.

As autoras colocam que essas melhoras econômicas e sociais ocorridas na vida dos trabalhadores, mesmo não mencionando a realidade dos loucos na Europa, proporcionaram a estrutura social para que houvesse mudanças com relação à loucura e para que a Reforma Psiquiátrica na Europa acontecesse.

Outros fatores influenciaram as mudanças sociais ocorridas no pós-guerra na forma de interpretar a loucura na sociedade capitalista européia. Fatores como a escassez de mão-de-obra, devido ao período de guerra, o fortalecimento de movimentos de solidariedade e direitos humanos, novas formas terapêuticas, com o desenvolvimento dos primeiros psicofarmacos na década de 1950, entre outros (Vasconcelos, 1992b *apud* Cirilo, 2006 p. 54-55).

Em um período mais recente, o modelo asilar existente na Europa e em diversos lugares no mundo, inclusive no Brasil terá a influência do movimento italiano de reforma psiquiátrica com o mentor, o psiquiatra Franco Basaglia, na construção de modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O mesmo em 1961 abandona suas atividades na Universidade de Pádua para se dedicar ao hospital Provincial de Gorizia, onde encontra as mesmas pessoas vivendo em situações desumanas (CIRILO, 2006).

Segundo a mesma autora, assim que assumiu o hospital de Gorizia, Basaglia fez mudanças nos métodos de tratamento do hospital. Retira os tratamentos com violência e coerção, como também implementa medidas que possibilitaram o resgate da dignidade e da cidadania dos seus internos. E como forma de fortalecer o movimento de reforma e com base nesses ideais Basaglia buscou incentivar a participação dos médicos, técnicos e pacientes em espaços coletivos com reuniões e assembléias, no qual em 1962 foi aberto o primeiro pavilhão do hospital a comunidade.

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi contemporâneo do Movimento de Reforma Sanitária que acontece concomitantemente com vários movimentos sociais na luta pelo fim do regime militar na década de 1970.

Mais precisamente, o período que marca a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil data dos anos de 1978 e 1980. Várias instituições, entidades, movimentos e militâncias estavam envolvidos na formulação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM), 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, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). A indústria farmacêutica, as universidades, o Estado através do Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), também contribuíram para que a reforma acontecesse (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), a crise da Divisão Nacional de Saúde mental (DINSAM) foi o estopim para eclodir o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esse órgão do Ministério da Saúde era responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. A crise é desencadeada após a denúncia feita por médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II) devido às péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro e também a forma de tratamento desumana que seus internos eram tratados nas unidades hospitalares.

A partir dessa conjuntura o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil começa a se organizar. Inicia, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM), que mais tarde envolverá não só os trabalhadores da saúde, mas associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade, na busca de um debate não institucional e de mudanças na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

No entanto, segundo Amarante (1995) com a realização em 1978 do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, surgiu a oportunidade dos movimentos organizarem-se nacionalmente. Logo, sobre esse congresso o mesmo autor afirmar que:

Realizado em Camboriú, de 27 de outubro a 1º de novembro, este evento fica conhecido como o “Congresso da Abertura”, pois, pela primeira vez, os

movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma “frente ampla” a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE, 1995, p. 53-54).

O autor coloca que esse congresso ofereceu uma amplitude do debate a cerca da situação brasileira imposta pelo regime militar ainda em vigor no país colocando para as alas mais conservadoras a situação vivida tanto na saúde de nosso país como em outros setores, critica principalmente o modelo privatista da saúde, a situação dos trabalhares da saúde e o mau atendimento a população.

Em sequência, as diversas manifestações do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil acontecem vários congressos e encontros em alguns estados do Brasil e contaram com a presença de representantes mentores da Rede de Alternativa à Psiquiatria e do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, entre outros (AMARANTE, 1995).

Nesses encontros e congressos a discussão se fez em torno da crítica ao modelo psiquiátrico brasileiro e coloca em questão o modelo asilar em hospitais psiquiátricos públicos e privados, que assim como na Europa, eram um depósito de pessoas que deveriam ser afastadas do convívio social, sendo comparados por Franco Basaglia, a campos de concentração (AMARANTE, 1995).

No entanto, é no ano de 1986 com a realização da 8ª Conferência que se inicia uma mudança radical no caráter dos eventos. Deixa de ser um mero encontro de técnicos, burocratas e políticos e passa a contar com participação de partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos etc. (AMARANTE, 1995). Nesse contexto, Amarante (1995, p.77) sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma sua importância dizendo que:

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida.

Ou seja, esse evento significou um envolvimento maior de vários segmentos da sociedade, principalmente dos usuários e familiares na luta por melhores condições de tratamento fora dos manicômios, como também direcionou para o

Estado a universalização do acesso a saúde formulando os primeiros princípios básicos de saúde que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a ser normatizado com a Constituição Federal de 1988.

Ainda na década de 1980 em pleno processo de redemocratização, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo ano acontece o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou conhecido como o “Congresso de Bauru” (AMARANTE, 1995).

A partir de então, conforme Amarante (1995) outros fatos relevantes acontece relacionado ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acontece à criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, a Associação Loucos pela Vida, em Juqueri e a apresentação do projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado.

Esse Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, representa o início da luta por uma sociedade sem manicômios no âmbito legislativo e normativo e será o suporte legal para embasar as leis e portarias subseqüentes na saúde mental. No entanto, a lei substitutiva da original a 10.216 só foi aprovada no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. A lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Segundo, Brasil (2005) o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

No SUS, a rede de atenção as pessoas com transtornos mentais vem sendo ampliada. Onde, os mesmos em momentos de crise possam ser atendidos nos

diversos serviços de saúde sem a necessidade de internamento, ocorrendo apenas nos casos realmente necessários. Todas essas conquistas são fruto da luta antimanicomial iniciada desde a década de 1970 perdurando até os dias atuais sempre no embate crítico contra o retrocesso na saúde mental.

3.1.2 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB

O movimento de Reforma Psiquiátrica na Paraíba, em especial em Campina Grande, entre os anos de 2003 e 2006 acompanha o processo de desinstitucionalização progressiva nos hospitais psiquiátricos brasileiros e integra no referido município novas práticas em saúde mental, como serviços substitutivos aos manicômios.

Segundo, o Relatório de Gestão 2003-2006, o Ministério da Saúde obteve liminar na justiça para intervir no Hospital João Ribeiro, como também no Hospital Dr. Maia ambos de médio porte, após obtenção de péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, no qual esses hospitais respondiam por grande parte da demanda de saúde mental da região da Borborema.

Ainda segundo Cirilo (2006), em abril de 2005, após a determinação da justiça, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram a administração e o gerenciamento do hospital, intervindo por tempo indeterminado para, a partir do manicômio e da sua desconstrução, dar origem a outro modelo de cuidado, de caráter substitutivo à internação psiquiátrica.

Após a intervenção nesses hospitais inicia-se um trabalho de avaliação dos 176 pacientes internos no Hospital João Ribeiro, para verificar o estado de saúde dos mesmos e as condições das instalações hospitalares de um modo geral. (BRASIL, 2005)

Deste modo, como bem coloca Cirilo (2006) uma das primeiras medidas adotadas, foi conhecer os pacientes através de seus dados pessoais, de suas histórias de vida para desta forma identificar aqueles que poderiam ser encaminhados para Residências Terapêuticas, sendo estabelecida como prioridade a reintegração social e o resgate de suas histórias e vínculos familiares.

Desse modo, torna-se imprescindível a criação de um fórum de discussões para a construção de soluções coletivas, em decorrência do processo de reforma psiquiátrica que acontecia em Campina Grande e nos estados vizinhos.

Logo, realiza-se então, o I Encontro Regional sobre a Reforma Psiquiátrica, que reuniu os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco. Avaliou-se a situação da assistência em saúde mental nos seus respectivos municípios e traçaram planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. Os vários municípios do entorno de Campina Grande passam a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios substitutivos (BRASIL, 2005).

Segundo Brasil (2007), no processo de desinstitucionalização em Campina Grande, o referido município foi habilitado no Programa de Volta para Casa do Governo Federal e passou a receber também incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas. Inicia-se uma articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU).

Durante este período de processo de desinstitucionalização e de redução de leitos hospitalares em Campina Grande, houve uma mobilização por parte dos gestores do SUS na construção de novas soluções para as demandas de saúde mental da região, procurando envolver e mobilizar a comunidade local com o intuito de ganhar mais apoio na luta por uma sociedade sem manicômios (CIRILO, 2006).

4 CIDADANIA E SAÚDE MENTAL – O SERVIÇO SOCIAL E A PERSPECTIVA DOS DIREITOS

4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS I CUIDAR E VIVER

De acordo com nossa análise sobre o trabalho do Serviço Social no CAPS I Cuidar e Viver durante a experiência de Estágio Supervisionado Obrigatório, observamos que a assistente social desempenha suas competências profissionais na busca de prestar um bom atendimento para que os usuários e seus familiares tenham sempre os seus direitos garantidos na instituição.

Deste modo, é importante colocar que o Serviço Social é uma profissão que está regulamentada desde ano de 1993, pela Lei nº 8.662, e se orienta pelo seu atual Código de Ética, também do mesmo ano. Desse modo, segundo o Código de Ética do Assistente Social de 1993, norteador de sua conduta profissional é possível afirmar que:

O CEP vigente mostra sua densidade histórica e atualidade na defesa dos interesses do trabalho e da classe trabalhadora. Somente uma sociedade “para além da capital” possibilitará a plena realização dos indivíduos sociais e de novos valores. Reconhece a liberdade como valor ético central um conjunto de princípios e valores que orientam o trabalho profissional. Estabelece normas, deveres e proibições, objetivando-se como instrumento normativo-jurídico posicionado face aos interesses de classe. Isso permite afirmar que temos diretrizes concretas voltadas para a análise profunda da realidade nos mobilizando para a conseqüente busca de respostas profissionais que afirmem compromisso com a construção de uma agenda política crítica e emancipatória (BARROCO; TERRA, 2012, p. 12-13).

Como bem coloca as autoras, a atuação do/a assistente social em qualquer instituição seja ela pública ou privada deve se pautar na defesa intransigente da liberdade, igualdade e justiça social da classe trabalhadora e de seus usuários com ética e criticidade.

Logo, a assistente social no CAPS I Cuidar e Viver, em seu cotidiano institucional realiza acolhimentos, visitas domiciliares com o objetivo de conhecer a situação socioeconômica e familiar dos usuários, faz escuta, grupo de família, grupo terapêutico, grupo de escuta juntamente com a psicóloga. Faz encaminhamentos e orienta os usuários e familiares para a obtenção da concessão de benefícios, como bolsa família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Além das atividades citadas acima realizadas pela assistente social no CAPS I Cuidar e Viver, a mesma juntamente com a equipe multidisciplinar também participa das reuniões realizadas semanalmente, onde acontece o direcionamento do tratamento de cada usuário, seja individual ou em grupo.

Na saúde mental a assistente social também pode desempenhar ações sócioeducativas com o intuito de democratizar os serviços institucionais. Onde, o CFESS (2010, p. 54) destaca as seguintes atividades que podem ser desenvolvidas pelo mesmo:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Nesse sentido, ainda na perspectiva do trabalho do assistente social Vasconcelos (1993 *apud* CFESS, 2010, p. 54) complementa:

[...] o profissional de Serviço Social deve utilizar [...] a prática reflexiva, que possibilite aos usuários e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos.

Dessa forma, o assistente social no CAPS pode trabalhar com os usuários a autonomia, como forma de engajá-lo na sociedade, na orientação sobre a importância de conhecer e reivindicar os seus direitos para que mesmos com suas limitações exerçam sua cidadania com base nos princípios da reforma psiquiátrica, baseada na perspectiva de um novo cuidado, com orientação para modelos

substitutivos e o cuidado no meio familiar, mudança cultural do preconceito, como também envolver gestores e comunidade na política de saúde mental.

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO NO CAPS I – CUIDAR E VIVER, NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA, CAMPINA GRANDE – PB

O nosso projeto de intervenção foi desenvolvido durante o Estágio Supervisionado Obrigatório no CAPS I Cuidar e Viver em São José da Mata, Campina Grande-pb. O período de estágio é parte do cumprimento da carga horária de três semestres, necessários no curso de Serviço Social da UEPB, para a conclusão de curso e ocorreu entre maio de 2016 a agosto de 2017 e tem como objetivo capacitar a nós estudantes para o exercício profissional.

O CAPS I Cuidar e Viver está localizado na rua Francisco Nogueira de Souza, nº 157- no distrito de São José da Mata município de Campina Grande-PB. Sua implantação no distrito foi em junho de 2008, na gestão de Veneziano Vital do Rego, com o intuito de atender as pessoas da comunidade e dos sítios vizinhos com transtornos mentais e funciona em uma casa alugada pela prefeitura. Atualmente o serviço funciona com, 3 psicólogos, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 fonoaudióloga, 1 médico com especialização em psiquiatria e outrosfuncionários de níveis médio e fundamental.

Durante o período de estágio na instituição cumprimos as seguintes etapas: de observação para a caracterização da instituição; a segunda para a elaboração do projeto de intervenção e a terceira para a execução do projeto.

A observação acontece junto à assistente social participando dos grupos terapêuticos, de escuta, de família, nos acolhimentos e nas visitas. Logo, a observação tem a importância de propiciar a nós estudantes a oportunidade de não somente conhecer o trabalho do supervisor de campo, mas também as demandas atendidas na instituição e como a mesma funciona e presta seus serviços aos usuários com transtornos mentais leves, moderados, graves, de álcool e outras drogas e aos seus familiares no grupo de família.

Após o período de observação o tema escolhido para o projeto de intervenção foi **Cidadania e Saúde Mental: uma intervenção na perspectiva de discutir direitos com os usuários e seus familiares no CAPS I Cuidar e Viver**. A escolha desse tema surgiu por que, percebemos a necessidade da discussão com os usuários e seus familiares sobre os seus direitos, pois muitos não conheciam o processo da Reforma Psiquiátrica e os direitos que lhe são assegurados após a aprovação da Lei 10.216/2001.

O objetivo desse projeto teve como propósito discutir, estimular e promover discussões sobre cidadania com os usuários e seus familiares do CAPS I Cuidar e Viver, localizado no Distrito de São José da Mata, Campina Grande-PB, para que os mesmos através do projeto tenham informações sobre os seus direitos como cidadãos. Esse projeto foi direcionado para um dos grupos terapêuticos existentes no CAPS I, com usuários com retardos leves, graves e moderados, no qual a Assistente Social é a técnica responsável por sua realização.

Do ponto de vista ético-político, procuramos pautar nossa intervenção no projeto-ético-político do assistente social, por meio de um projeto de intervenção que procurasse se contrapor ao neoliberalismo e a atual ofensiva de perda de direitos. A reforma psiquiátrica, tal como a saúde pública de um modo geral tem enfrentado cortes em seu financiamento e na implementação e redirecionamento de diretrizes para se ajustar a nova ordem de prioridades, apontando que novos desafios eclodem na sua operacionalização.

Dessa forma, procuramos nesse processo nos orientar por um projeto profissional crítico, buscando contribuir para lutas dos direitos sociais. Optamos do ponto de vista teórico-metodológico, por contribuir para as lutas e estratégias de resistências atuais, visto que desde que chegamos ao CAPS identificamos a necessidade de se trabalhar a questão dos direitos. Assim, planejamos um conjunto de 09 oficinas em que procuramos abordar a discussão dos direitos e a saúde mental.

A dinâmica dos encontros e a ordem de operacionalização não obedeceram à sistematização aqui explicitada dessa forma as 09 oficinas se dividem em dois grandes blocos, a saber: a) Cidadania: que bicho é esse? Em que se referem às oficinas 1, 6,8 e 9 e um segundo bloco denominado por nós b) Saúde mental, lutas e direitos o que correspondem às oficinas 2, 3, 4,5.

De modo geral, procuramos abordar as temáticas com dinâmicas, vídeos, jogos de perguntas e respostas e rodas de conversas e sempre priorizando a fala, a percepção deles, procurando informar, mas também criar espaços para discutir.

a) CIDADANIA: QUE BICHO É ESSE?

O conceito de cidadania segundo as literaturas analisadas não tem um período específico para o seu surgimento. No entanto, o seu conceito mais moderno

veio com os ideais de “Liberdade, Fraternidade e Igualdade” contidos na Revolução Francesa.

Seu conceito ao longo dos séculos sofreu modificações, avanços e retrocessos em diversas sociedades, e em especial nas sociedades capitalistas modernas. Ou seja, “a Cidadania não é uma definição estanque, mas um conceito histórico, o que significa que seu conceito varia no tempo e no espaço” (PINSKY, J. 2012; PINSKY, C. B. 2012).

No entanto, nos reportando ao autor T. H. Marshall sobre a constituição do conceito de cidadania na Inglaterra, o mesmo traz em seu livro *Cidadania, Classe Social e Status*, em especial no capítulo 3, uma importante contribuição que vem sendo usada até os dias atuais por diversos autores, no que se refere à análise e definição do conceito de cidadania, constituídos pelos direitos civis, políticos e sociais em diversas sociedades tidas como democráticas, incluído o Brasil.

Logo, esse mesmo autor traz em seu livro uma definição dos direitos civis, políticos e sociais e os define da seguinte forma:

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. [...] Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. [...] O elemento social 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 a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

Apesar, dessa definição dos três elementos que compõe o conceito de cidadania segundo o autor sobre a efetiva evolução dos preceitos de cidadania, ele também coloca que os mesmos preceitos não seguiram juntos todo o tempo, mas mesmo assim, não perderam os seus sentidos históricos. No qual, “os direitos civis ao século XVIII, os políticos ao XIX e os sociais ao XX.” Logo, a aproximação com o exercício dos direitos civis, políticos e sociais somente aconteceram onde ocorreu o chamado *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), vivenciados por alguns países da Europa Ocidental.

No caso brasileiro, a obtenção dos direitos de cidadania demorou muito a dar passos concretos, principalmente devido a sua industrialização tardia e ao período de vinte anos de Ditadura Militar. Com relação ao Brasil na constituição de direitos

de cidadania, principalmente os direitos sociais Behring e Boschetti (2011, p. 79), colocam que:

Até 1887, dois anos antes da proclamação da República no Brasil (1889), não se registra nenhuma legislação social. No ano de 1888, há a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da proteção social brasileira até os anos 60 do século XX.

As autoras colocam que a legislação social no Brasil, um dos preceitos colocados por Marshall, acontece tardiamente em nossa sociedade, onde somente a partir do século XX, através de lutas sociais novas legislações irão surgir.

O Regime Militar retirou os direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros que vinham se constituindo ao longo dos anos e reprimiu com grande violência aqueles que não estavam satisfeitos com o então regime. Para tanto, os movimentos existentes, apesar de toda repressão continuaram a se organizar na luta por liberdade, por uma sociedade mais igualitária, por direito a saúde, educação, moradia, exigiam com grandes mobilizações nas ruas o fim da ditadura e a instauração de uma sociedade democrática de direitos através de eleições diretas.

Diante, desse cenário de mobilizações sociais e o fracasso do então regime em 1985 esse período de ditadura chega ao seu fim e em 1988 é aprovada a Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã que normatiza os preceitos de cidadania, mesmo que até os dias atuais não tenham se efetivado de fato.

Os movimentos sociais, incluindo o movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária caminharam juntos na luta por direitos a saúde pública gratuita e universal e de qualidade, que juntamente a outros seguimentos da sociedade através de mobilizações e pressões populares conseguiram por fim ao então regime militar.

Como consequência, no final da década de 1980 é aprovada a nova Constituição Federal, no qual a saúde será considerada um direito de todos os brasileiros, sem distinção de raça, cultura ou condição econômica e o estado à obrigação de provê-la (CF, 1988).

Com a Constituição Federal a sociedade brasileira experimentará uma nova fase na construção de seus direitos como cidadãos. Desse modo, sobre ser cidadão temos a seguinte contribuição:

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: direitos à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranquila. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais. (PINSKY, J. 2012; PINSKY, C. B. 2012, p. 9)

Como bem coloca os autores, a conquista da cidadania plena perpassa por todos esses direitos e ao acesso a bens e serviços de forma igualitária para todos como está na lei.

No caso dos usuários de saúde mental, a discussão de cidadania é bem recente. Dessa maneira, na primeira oficina que aconteceu com os usuários, apresentamos para eles o tema do projeto de intervenção escolhido para trabalhar com os mesmos e seus familiares, após o período de observação e indaguei para os mesmos sobre o que seria cidadania. Alguns usuários responderam que não sabiam o significado, já outros responderam de acordo com suas experiências:

Usuário l: **“ter direitos e deveres”** (grifo nosso)

Usuário x: **“aposentadoria, escola, ônibus, ter casa, receber remédios, tirar documentos, votar”** (grifo nosso).

Usuário k: **“votar, ter direito a receber remédio de graça, ser bem tratado nos serviços públicos por que é a gente quem paga... a gente paga imposto”** (grifo nosso)

Usuário h: **“eu não sei bem o que é esse negócio de direito não, mais eu acho que é aposentadoria”** (grifo nosso)

Na fala dos usuários, é interessante percebemos a percepção dos mesmos em relação ao conceito de cidadania. Pois, eles demonstraram capacidade de entender o mundo em que estão vivendo apesar do estigma de incapacidade relacionada a eles. Nesse primeiro encontro constatamos na fala dos usuários, que o conceito de cidadania em nossa sociedade foi culturalmente construído a partir dos direitos sociais e políticos e como a questão da aposentadoria é marcante em suas percepções.

Na sexta e oitava oficinas participaram usuários e familiares. Fizemos uma exposição de alguns pontos da cartinha sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) de nível informativo sobre quem tem direito e quem não tem ao benefício, se é aposentadoria e como requerer. Principalmente, nesse momento atual com a política de corte de gastos que vem sendo adotada pelo atual governo, refletindo em

cortes orçamentários na política do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no qual esse benefício está inserido.

Fizemos um cartaz com perguntas e respostas para falar sobre a temática e trabalhamos os seguintes pontos: O que é o BPC? Quem pode receber o BPC? Como saber se você tem direito ao BPC? Quais as leis que garantem o direito ao BPC? Mais de uma pessoa pode receber o BPC na sua família?

Nas oficinas procuramos dar ênfase à fala dos usuários e sua percepção e compartilhamento de suas vivências. Desse modo, sobre essa temática os usuários e seus familiares ficaram bem atentos às informações e alguns expressaram falando o que sabiam e entendiam sobre o benefício:

Usuário A: ***“eu acho que é um auxílio doença... só quem pode receber é quem paga sindicato”*** (grifo nosso)

Nessa fala percebe-se, que a usuária faz uma confusão entre o benefício de BPC e o auxílio doença.

Usuário B: ***“quem recebe é quem é doente como nós, que não pode trabalhar... eu recebo o benefício... foi muito bom depois que comecei a receber por que antes a gente passava fome”*** (grifo nosso)

Nesta outra fala a usuária mostra uma visão positiva com relação ao BPC, aponta mudanças socioeconômica na vida de sua família.

Usuário C: ***“se já tiver aposentado em casa outras pessoas tem direito? mais ele não recebe 1 salário mínimo não... eu sou doente e ela também (à sogra)”*** (grifo nosso)

Essa outra usuária ao mesmo tempo, que questiona também indaga quais os critérios para obtenção da concessão do benefício no seu caso. Explicamos à usuária que os requisitos para a sua concessão dependem da composição familiar e se a renda for inferior a um $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo e se a mesma achava que tinha direito procurasse o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para receber mais informações.

Familiar D: ***“o benefício... pra nós foi muito bom por que a mãe dele também é doente e eu não posso trabalhar por que tenho que cuidar dele”*** (grifo nosso)

Nesse depoimento o familiar também aponta a positividade do benefício, no entanto problematiza o desafio em ser cuidador.

Familiar E: ***“hoje tirei minha dúvida por que no sindicato disseram que minha filha que tem problemas de audição estava aposentada, mais agora entendi que não, que é um benefício”*** (grifo nosso)

Nesta outra fala mostra a positividade da temática apresentada na oficina, pois esse familiar pode tirar suas dúvidas.

Familiar F: ***“já dei entrada duas vezes no BPC dela (referente à irmã) mais foi negada... em casa se a gente pergunta as coisas ela não sabe responder e lá tudo que o homem perguntava ela respondia. Agora tá na mão do advogado”***.

Aqui o familiar demonstra na sua última fala que mesmo o benefício sendo um direito, sua concessão é negada havendo a necessidade de se recorrer aos meios legais, ou seja, a justiça.

Essas duas oficinas foram bem participativas e produtivas, pois através da mesma, usuários e familiares puderam compartilhar experiências positivas e negativas, após a concessão do benefício, das dificuldades para sua concessão e tiraram suas dúvidas, como também tiveram acesso a informações sobre o benefício que é um direito deles previsto na Constituição Federal vigente.

Na nona oficina do projeto de intervenção a temática abordada foi a Lei 8.899 de 29 de junho de 1994, essa lei conhecida também como Lei do Passe Livre, concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

Falamos o que é a lei, quais os critérios para a obtenção da carteira, quais os meios de transporte, onde é aceito a carteira passe livre, os documentos necessários e em quais órgãos ela pode ser solicitada.

Como o público alvo no CAPS, são as pessoas com transtornos mentais, direcionamos o assunto mais especificamente para os mesmos falando sobre a carteira concedida aos deficientes, critério onde eles estão incluídos.

Colocamos para os usuários e familiares que a Lei de Passe Livre é nacional, porém os estados é quem faz as adaptações de acordo com a necessidade de cada estado ou região. Explicamos que no caso do estado da Paraíba, em especial na cidade de Campina Grande, o benefício é concedido na Superintendência de Trânsito e Transporte Público (STTP) e os interessados devem procurar esse órgão levando os seguintes documentos: Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), comprovante de residência, duas fotos e o laudo médico da ultima consulta.

No entanto, explicamos que mesmo levando o laudo médico, eles ainda passariam por outra perícia médica e que somente após essa avaliação e na constatação da deficiência seria concedido o direito ao benefício.

Segundo relatos dos usuários esse benefício é muito difícil de conseguir, principalmente devido ao fator econômico e da quantidade de pessoas que morram na mesma casa. Onde, um familiar desabafou dizendo que ***“[...] eu já fui lá levei todos os documentos e papéis, mais ela (à filha) não teve direito por causa que eu e a mãe dela somos aposentados agora... mais antes de eu mim aposentar foi muito sofrimento com essa daqui... eu já sabia de tudo isso que você falou aí... temos o direito, mais na prática não funciona...”*** (FAMILIAR Y)

Dentro de um panorama de forte ofensiva neoliberal de desmonte das políticas públicas brasileiras desde a década e 1990, que perdura até os dias atuais a contribuição desse familiar com o seu relato, evidencia a dificuldade que ainda existe atualmente no acesso as políticas sociais, sendo cada vez mais seletivas e focalizadas.

Nesse sentido, Behring e Boschetti (2011, p. 157), contribuem colocando que:

[...] A **seletividade e a distributividade** na prestação de serviços apontam para a possibilidade de instituir benefícios orientados pela “discriminação positiva”. Esse princípio não se refere apenas aos direitos assistenciais, mas também permite tornar seletivos os benefícios das políticas de saúde e de assistência social, numa clara tensão com o princípio da universalidade.

A seletividade e distributividade como coloca as autoras, caminham juntos com os princípios da universalidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade, da diversidade, da democracia e de descentralização, que deveriam promover ações integradas ao poder público e a sociedade na efetivação de direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, segundo a Constituição Federal de 1988, mas, no entanto, não é o que tem acontecido.

b) SAÚDE MENTAL, LUTAS E DIREITOS

Em continuidade ao projeto de intervenção, nesse segundo bloco trabalhamos nas oficinas as seguintes temáticas: o antes e depois da Reforma Psiquiátrica, os direitos normatizados com a Lei 10.216, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental e a Portaria 336/2002 que constitui os CAPS e suas modalidades como serviços

substitutivos aos manicômios.

Para trabalhar a primeira temática referente ao segundo bloco de oficinas, elaboramos uma dinâmica com figuras que representavam a realidade dos manicômios antes da reforma psiquiátrica e depois com atendimento nos serviços substitutivos, os CAPS. Participaram dessa oficina usuários e familiares. Levamos uma cartolina e uma caixa com as figuras e passando de mão em mão cada um pegava uma figura e depois falava do seu significado. Deste modo, segue os seus relatos:

Sobre o internamento em manicômios alguns usuários relataram que ***“nos manicômios é muito ruim é horrível não quero ir mais pra lá não, aqui no CAPS é bem melhor aqui a gente é bem tratado, se sente bem somos acolhidos, livres e estamos juntos com nossas famílias”*** (USUÁRIOS, grifo nosso).

Familiar P: ***“é horrível ver nossos filhos naquele lugar ali fica é pior, uma vez ela (fazendo referencia à filha) tava dando muito trabalho e eu levei ela, mas quando cheguei lá não tive coragem de deixar ela lá não eu disse ao doutor de uma injeção nela e eu a levo pra casa e tá ai até hoje...ta vendo esses cabelos aqui arrumados ela mesmo quem arruma, nunca foi no salão de beleza e depois que começou a vim pra o CAPS e tomando os remédios direitos não teve mais as crises... ela melhorou muito aqui”***.

Familiar Z: ***“é difícil pra gente ver ela naquele lugar... ela foi internada no Maia... ela teve uma crise e não teve como conter e teve que internar... mais hoje ela esta muito bem faz as coisas em casa e com o tratamento aqui no CAPS ela tem evoluído bastante”***.

Na terceira oficina a temática continuou a ser a Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216. Fizemos uma dinâmica com perguntas e respostas, retirada da Cartilha Direto à Saúde Mental, que fala sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e da Lei 10.216.

Elaboramos um jogo de perguntas e respostas com as seguintes questões: O que é o direito à saúde mental? Quem garante esse direito? No caso de suspeita de transtorno mental a quem recorrer? O que é o movimento da Reforma Psiquiátrica? como as pessoas com transtorno mental podem participar da construção da política de saúde mental? Quais são esses serviços substitutivos extra hospitalares para o tratamento das pessoas com transtornos mentais?

Após a entrega das perguntas e respostas a dinâmica aconteceria um perguntando e o outro respondendo. No entanto, a dinâmica não aconteceu como planejado por que não houve muita interação dos usuários, nem de seus familiares. Eles não explicaram os motivos, mais achamos que o motivo era vergonha de ler em público ou então por que não sabiam ler. Mas, ouviram com atenção quando falávamos sobre cada item e explicávamos os seus direitos, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, com Constituição Federal de 1988 e com a Lei 10.216.

Ao ler cada questão explicávamos quais eram os seus direitos com a Lei 10.216, abordando o antes e depois do movimento de Reforma Psiquiátrica. Onde buscar atendimento, como denunciar maus tratos, a importância da família no tratamento, a individualidade de cada um, o sigilo das informações sobre o seu atendimento e o acesso a elas sempre que achar necessário. Também abordamos a importância da construção da autonomia da pessoa com transtorno mental, da sua convivência em família e em sociedade para exercerem um pouco os seus direitos de cidadãos mesmos com suas limitações.

Na quinta oficina fizemos em roda de conversa uma avaliação das oficinas anteriores juntamente com usuários e familiares. Os mesmos salientaram apenas que estavam gostando das temáticas, pois trouxeram informações que eles não sabiam.

Na sétima oficina levamos um vídeo sobre o antes e o depois da Lei 10.216. O vídeo traz relatos de pacientes que estiveram internos em manicômios, fala do holocausto brasileiro ocorrido na Colônia na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, com depoimentos de psiquiatras, psicólogos e pacientes que hoje estão em tratamentos substitutivos. Também assistiram ao vídeo usuários de outros grupos e falaram que gostaram de saber um pouco sobre a Reforma Psiquiátrica, pois não tinham conhecimento de sua trajetória.

Assim, concluímos as temáticas do projeto de intervenção com a certeza de ter alcançado os objetivos propostos nas temáticas e ter contribuído como estagiários, na perspectiva de informar sobre os direitos.

Concomitantemente, ao que foi debatido nas oficinas, é necessário abordar os rebatimentos nas políticas públicas pelo atual governo com reformas fiscais justificadas pela crise econômica que o Brasil tem enfrentado, mas, que não é um fenômeno novo em nossa sociedade e vem arrastando-se desde a década de 1990, reformas essas seguindo os preceitos neoliberais.

Para tanto, é preciso colocar que apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica ainda há muito a fazer para que ela alcance os seus objetivos, pois a luta “por uma sociedade sem manicômios” deve ser constante e que deve mobilizar não apenas profissionais e simpatizantes do movimento, mas também os próprios usuários e familiares na luta ainda em andamento na efetivação de espaços substitutivos adequados, com profissionais qualificados e bem remunerados com equipes multi e interdisciplinares para que os mesmos possam com boas condições estruturais e profissionais prestar um serviço de qualidade a todos que dele necessitar. Pois, observamos no nosso campo de estágio a precária situação das instalações, onde, o serviço funciona em uma casa alugada que não oferece estrutura para o desenvolvimento de um tratamento de qualidade para seus usuários como também a falta de profissionais necessários para da conta das demandas existente no CAPS.

Nesse aspecto, Benhring e Boschetti (2011, p. 156) apontam quais os objetivos contidos na justificativa dessas reformas e de um Estado cada vez mais ausente afirmando que:

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas públicas, qual seja: a *privatização, a focalização e a descentralização*.

Como bem coloca as autoras, com o ideário neoliberal adotado pelo estado em favor do mercado capitalista as políticas públicas ficam a mercê de subfinanciamento por parte do poder público e dessa forma cada vez mais focalizado.

Assim, é importante colocar que já houve avanços significativos, mais é necessário avançar na luta por uma Rede de Assistência a Saúde Mental que envolva os profissionais da saúde, a sociedade como um todo, usuários e familiares na construção continua de desconstrução do preconceito ainda com presença constante com relação à pessoa com sofrimento psíquico, na perspectiva de efetivação de seus direitos como cidadãos.

6 CONSIDERAÇÃO FINAIS

A nossa experiência de Estágio Supervisionado Obrigatório Curricular em Serviço Social foi de suma importância para nossa formação profissional, pois é através dele que nos estagiários nos aproximamos das realidades institucionais em que iremos atuar como assistentes sociais e proporciona também exercício das competências profissionais e fazer a mediação entre a teoria e a prática. A escolha de estagiar em um CAPS foi um desafio, pois não tínhamos nenhuma aproximação teórica ou de vivência com a saúde mental. No entanto, não tivemos problema algum em nos adaptar ao ambiente institucional de um CAPS, nem tão pouco com os seus usuários, no qual foi uma experiência de estágio prazerosa e muito importante para o nosso crescimento profissional como assistentes sociais.

Enquanto estivemos na instituição com relação à atuação da assistente social nossa supervisora de campo, observamos sempre nas atividades que desenvolve com os usuários e seus familiares o seu compromisso em trabalhar na perspectiva da garantia e acesso aos direitos dos usuários no SUS e no desenvolvimento da autonomia e construção de uma visão crítica dos mesmos, para que possam lutar por seus direitos como cidadãos quando eles não se efetivarem como esta previsto em nossa Constituição Federal.

Nesse sentido, pautados nessas observações desenvolvemos o nosso projeto de intervenção, para trabalhar junto aos usuários e seus familiares as discussões de cidadania e dos direitos adquiridos com o Movimento de Reforma Psiquiátrica e posteriormente normatizados com a Lei 10.216, conhecida também como a lei da Reforma Psiquiátrica. De modo que, os usuários puderam adquirir conhecimentos sobre os seus direitos e desta forma reivindicá-los ao poder público quando necessário.

Ainda, sobre a experiência das oficinas, com as falas dos usuários e de seus familiares tivemos a oportunidade de ensinar, mais também aprender com suas experiências e perceber o protagonismo dos mesmos em suas lutas cotidianas, enfrentando além do seu sofrimento psíquico o preconceito social e familiar, como também as dificuldades enfrentadas por seus cuidadores. No entanto, apesar das dificuldades de usuários e familiares que são cuidadores, os mesmos continuam em busca de um tratamento que proporcione melhor qualidade de vida, onde segundo eles mesmos relataram, o tratamento no CAPS seria essa referência.

Para tanto, é preciso problematizar os desafios enfrentados tanto pelos profissionais como pelas instituições, em especial neste trabalho, a área da saúde mental, no tocante a execução da política de saúde mental, inserida no SUS que diante das ofensivas neoliberais sofridas desde a década de 1990, enfrenta problemas com o seu financiamento para que o serviço possa oferecer um atendimento de qualidade aos seus usuários.

Assim, podemos concluir que a saúde em nosso país desde a implantação do SUS na década de 1990, significou um grande avanço para todos nos brasileiros, apesar de todas as dificuldades para sua efetivação como uma política pública gratuita e universal. E, principalmente, na saúde mental, ainda que não se tenha conseguido acabar com todos os manicômios no Brasil, mas tem conseguido ampliar o atendimento, através das redes de atenção no âmbito do SUS e desse modo efetivar a extensão dos direitos das pessoas com transtorno mental, como previsto na Constituição Federal.

Desse modo, a oportunidade de estagiarmos em um CAPS, nos proporcionou conhecer pessoas que embora estigmatizadas por seu sofrimento psíquico e pelo preconceito social, em nossa convivência demonstram ser pessoas capazes de superar o seu próprio sofrimento psíquico e de conviver em sociedade e no seio familiar. Sabemos que ainda há muitos desafios e por isso a mobilização de usuários, familiares, profissionais da saúde e de toda a sociedade deve ser constante “por uma sociedade sem manicômios” para que não haja retrocessos e os mesmos possam ter seus direitos garantidos e ampliados.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** - Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. 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 Reformados Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: agosto 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. 85p. Brasília, janeiro de 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: maio 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.742, de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: maio 2017

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: agosto 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 336 de 2002.** Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: agosto 2016.

_____. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** Brasília. Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>. Acesso em: setembro 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1. Acesso em: Nov. 2017

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.899, de 29 de Junho de 1994.** Concede passe livre às pessoas portadoras

de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8899.htm. Acesso em: maio 2016.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do Assistente Social Comentado**. CFESS (org.). – São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2) oito. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais da política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2137>>. Acesso em: outubro 2017.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____, Michel. **Microfísica do Poder**. – 25. ed. – São Paulo: Graal, 2012.

HOBBSAWM, Eric. J. **A era das revoluções**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. ZAHAR EDITORES, Rio de Janeiro. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/999642/mod_resource/content/1/MARSHALL%2C%20T.%20H.%20Cidadania-Classe-Social-e-Status.pdf>. Acesso em: fev. 2016.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.) **História da cidadania**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.