



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

TATIANE COSTA DINIZ

MARIANA, MG

2018

Tatiane Costa Diniz

MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para a conclusão de curso.

Área de Concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Orientadora: Verônica Medeiros Alagoano

Mariana, MG

2018

D585m Diniz, Tatiane Costa.
Mobilização Social na Saúde Mental [manuscrito] / Tatiane Costa Diniz. -
2018.

63ff.:

Orientadora: Prof^a. MSc^a. Verônica Medeiros Alagoano.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de
Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e
Serviço Social.

1. Procução capitalista - Teses. 2. Saúde mental - Ouro Preto (MG) - Teses.
I. Alagoano, Verônica Medeiros. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III.
Titulo.

CDU: 616.89(815.1)

Catálogo: ficha@sisbin.ufop.br

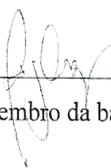
“MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL”

TATIANE COSTA DINIZ

ORIENTADOR (A): VERÔNICA MEDEIROS ALAGOANO

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

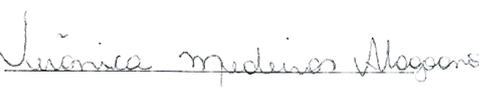
Aprovado em: 16 / 02 / 2018



(Membro da banca)



(Membro da banca)



(Professor orientador)

Aos meus pais, que me passaram valores essenciais e raros, que sempre me puseram diante da realidade e por toda a força que me tem dado durante todos esses anos da graduação.

Aos meus irmãos em especial minha irmã Juliana pelos conselhos e por não medir esforços em me ajudar para a realização dos meus sonhos.

Aos usuários da saúde mental pela vivência, me ensinando ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que foram responsáveis por esta conquista, pois sem eles não seria possível chegar até aqui.

Aos meus pais, mais uma vez, por todo incentivo e amor. Por sempre me apoiarem nas minhas decisões e por me ajudarem em todas as conquistas. Fazendo-me acreditar sempre, mas nunca tirar os pés do chão. Amo vocês!

Aos meus irmãos em especial a Juliana por me ajudar a estudar, sempre me escutando e me dando coragem para enfrentar os problemas. Escutando os meus medos e angústias, sempre presente nos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigada por todo apoio!

Ao meu namorado Rafael que com todo seu amor e compreensão sempre com toda sua paciência durante todos esses anos, sonhando junto comigo e tornando os dias mais leves.

À turma de serviço social 13.1 minha turma de coração, onde fiz muitos amigos que vou levar para a vida.

À minha orientadora Verônica que aceitou a dura tarefa de me orientar me estimulando nesse caminho tão árduo. Obrigada pela enorme contribuição, pelo carinho e pelo respeito.

Ao curso de Serviço Social, o qual eu digo sempre que foi o curso que me escolheu e que hoje eu amo e posso dizer com muito orgulho que sou assistente social.

Muito Obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal analisar a mobilização social na saúde mental tendo como foco a associação de usuários da saúde mental da cidade de Ouro Preto. Mostrar a falta de informação das famílias no que diz respeito sobre a existência das associações de usuários e a importância de mobilização como forma de união de forças para as conquistas dos direitos. Para a execução deste projeto, as famílias foram consultadas no grupo de família existente no Centro de Atenção Psicossocial de Ouro Preto, e para elas foram apresentadas todo o projeto deste trabalho e questionários para cada participante com perguntas sobre a associação. No questionário procurou-se investigar sobre o entendimento das pessoas sobre o que é uma associação e a importância da união de pessoas para mobilizar para a ampliação na efetivação e garantia dos direitos sociais, controlando o Estado e fiscalizando as políticas sociais. A pesquisa foi feita com 3 familiares de usuários do serviço, sendo que todos não conheciam o trabalho da associação mas concordam que a mobilização social é feita em conjunto e que as associações são lugares de luta. Foi possível identificar ainda a falta de envolvimento das famílias no processo terapêutico dos pacientes.

Palavra-chave: Modo de produção capitalista. Mobilização social. Saúde mental.

ABSTRACT

This work has as main objective to analyze the social mobilization in mental health focusing on the association of mental health users of the city of Ouro Preto. To show the lack of information of families with regard to the existence of user associations and the importance of mobilization as a form of union of forces for the achievement of rights. In order to carry out this project, the families were consulted in the existing family group at the Psychosocial Care Center of Ouro Preto, and for them the whole project of this work and questionnaires for each participant with questions about the association were presented. The questionnaire sought to investigate people's understanding of what an association is and the importance of union of people to mobilize for the expansion of social rights enforcement, controlling the state, and overseeing social policies. The research was done with three family members of the service, all of whom were not aware of the association's work but agreed that social mobilization was done together and that associations were places of struggle. It was also possible to identify the lack of involvement of families in the therapeutic process of the patients.

Key-word: Capitalist mode of production. Social mobilization. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CF 88- Constituição Federal de 88

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

CNRS- Comissão Nacional de Reforma Sanitária

IAPs- Instituição de Aposentadorias e Pensões

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MLA- Movimento da Luta Antimanicomial

MTSM- Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS- Núcleos de Apoio Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL	12
2.1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA COMO FORMA DE ADOECIMENTO MENTAL	13
2.2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL E A PARTICULARIDADE BRASILEIRA	19
2.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	36
3. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONQUISTA DE DIREITOS	40
3.1 A ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS DE OURO PRETO	45
3.2 MOBILIZAÇÃO SOCIAL E O ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS	48
4. CONCLUSÃO	56
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é fruto de inquietações vividas durante minha experiência no estágio obrigatório de Serviço Social, no campo da saúde mental, localizada no município de Ouro Preto, no estado de Minas Gerais.

Meu trabalho como estagiária do Centro de Atenção Psicossocial - CAPSI foi marcado pela vivência com os familiares dos usuários nas reuniões do grupo de família ofertado pelo serviço, e por frequentar ativamente as reuniões da Associação de Usuários Familiares e Amigos da cidade de Ouro Preto – ACOLHER.

O debate sobre a mobilização social era frequente nas reuniões dos usuários, o qual apresentava grande destaque para mim, sendo presente durante todo o trabalho desenvolvido no CAPS. Todavia, não estava tão clara para mim a participação das famílias e da sociedade na busca por efetivação dos direitos sociais como forma de união para a mobilização social. Todo o trabalho era feito somente pelos usuários e por funcionários do serviço.

Portanto, este estudo pretende desenvolver uma investigação acerca da participação social na saúde mental, passando por todo o processo histórico através do adoecimento que o modo de produção capitalista traz.

O estudo apresentado parte da história da Reforma Sanitária e a Reforma psiquiátrica, com destaque para o processo histórico da participação social em outros países. Em seguida apresentamos a pesquisa realizada na Associação de Usuários da Saúde Mental de Ouro Preto e o questionário feito com as famílias dos usuários.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em torno do debate teórico ao objeto em foco. A fim de atender os objetivos propostos, foi utilizada a abordagem com as famílias. Para tanto foi elaborado um questionário estruturado, com base em perguntas claras e objetivas. Entretanto, este estudo utilizou-se também do método qualitativo, através de pesquisas bibliográficas que informa a luta antimanicomial no Brasil.

Dessa forma, a análise documental foi realizada, buscando identificar o adoecimento mental e desvendar a história da luta pela defesa dos direitos sociais na saúde mental.

O que se pretende com essa pesquisa é apresentar uma perspectiva de análise da participação popular no que tange a saúde mental nos dias atuais. Com isso, não se objetiva desqualificar a Luta Antimanicomial, suas reivindicações e conquistas. O que se pretende é

somar a esta luta, contribuindo com uma reflexão de que as lutas sociais estejam desvinculadas da totalidade social na busca por direitos sociais, considerando que há uma disputa na compreensão da cidadania, o que aponta uma fragmentação da luta Antimanicomial nos dias atuais.

No primeiro capítulo, buscou-se identificar o modo de produção capitalista abusivo e repressor, fazendo com que os trabalhadores se adoçam mentalmente. Traz ainda a história da Reforma Sanitária e a Reforma psiquiátrica tendo como precursor Franco Basaglia.

No segundo e último capítulo, registrou-se a participação popular na busca por direitos, trazendo a história dos grupos de usuários no Brasil e também em outros países, para a ampliação e garantia dos direitos em defesa da cidadania. Também foi apresentado a Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Ouro Preto, buscando apresentá-la para se conhecer o objeto de estudo dessa pesquisa. Também nesta parte há o questionário feito com as famílias dos usuários, buscando entender sobre a mobilização social.

A partir desse balanço podemos identificar a participação das famílias nos grupos de usuários para uma mobilização social na busca por efetivação dos direitos sociais. Entendemos que é de grande importância a união para que a luta se torne vista por todos.

É emergencial essa luta, pois essa agrega movimentos sociais que buscam uma transformação na política de saúde e na assistência psiquiátrica, além disso, a luta defende a transformação da loucura, buscando a inserção do louco na sociedade, sem discriminação.

2. O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O modo de produção capitalista foi e ainda é o sistema vigente de produção de lucros em nossa sociedade. As relações sociais que baseiam tal modo de produção impactam a saúde dos trabalhadores levando-os ao adoecimento. É um sistema desigual, onde o lucro fica nas mãos dos capitalistas causando o empobrecimento da população. O modo de produção capitalista é um sistema alienador, que causa a exaustão e o adoecimento nos trabalhadores.

Essa organização, onde os lucros ficam concentrados nas mãos dos capitalistas, atinge o conjunto dos trabalhadores, as famílias e todo o cotidiano das pessoas. Trata-se de uma lógica de exploração do trabalho que aliena, oprime e fadiga. Ao extremo de se condicionar a existência ao trabalho em detrimento da sanidade mental e física.

Produzir a qualquer preço, com jornadas de trabalho exaustivas leva a precariedade da saúde mental dos trabalhadores. Sendo assim, podemos dizer que o adoecimento psíquico e físico é uma expressão da questão social e, desta forma, ter como ponto de partida para o estudo da saúde mental, o modo de produção capitalista como um sistema adoecedor e fragilizador para o homem.

O modo de produção capitalista obriga o trabalhador a vender sua força de trabalho para sobreviver enquanto que, pela mesma ação, viabiliza o enriquecimento daqueles que lhe exploram o trabalho.

Um dos aspectos que destacamos da chamada “questão social” engendrada pelo capitalismo e o processo de adoecimento mental oriundo desse modo de produção. Uma problemática desafiadora e crescente em nossos dias.

A saúde mental é uma questão importante a ser tratada e questionada frequentemente. Com total clareza e sobre forte influência que o modo de produção capitalista traz sim o adoecimento dos trabalhadores.

Neste capítulo apresentaremos a maneira como o modo de produção capitalista torna a saúde dos trabalhadores cada vez mais fragilizada levando ao esgotamento. Uma síntese como forma de explicar a saúde mental das pessoas, que muitas das vezes surgem com esse modo de produção opressor, trazendo também a trajetória da saúde mental tendo como particularidade a história da saúde mental brasileira, à forma como surgiu e todos os desafios enfrentados para que se possa entender o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA COMO FORMA DE ADOECIMENTO MENTAL

Para compreendermos o caminho que a saúde mental percorre no Brasil, faz-se necessário situar como ponto de partida o modo de produção capitalista, uma vez que o adoecimento mental, em nossa perspectiva, está associado a este modo de produção que se estabelece na produção e reprodução das relações sociais.

O modo de produção capitalista é um modo de produção em que os lucros ficam nas mãos do capitalista, ou seja, centrado na propriedade privada dos meios de produção e na apropriação da riqueza socialmente produzida. Esta forma de organização baseada no lucro do capitalista envolve as relações sociais como um todo, ou seja, atinge toda a vida cotidiana, o trabalho, a família, etc. Sendo assim, o capital é uma forma de relação social, em que este se expressa como continuidade dessa sociedade.

Para compreendermos como se dá esta relação entre capital e trabalho, Yamamoto e Carvalho (2011, p.37), a partir de Marx, elucidam que:

Sendo o capital uma relação social, supõe o outro termo da relação: o trabalho assalariado, do mesmo modo que este supõe o capital. Capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos; um se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro. O capital pressupõe como parte de si mesmo o trabalho assalariado.

O trabalho assalariado tem a ver com a construção da mais valia, aquilo que leva os indivíduos a vender sua força de trabalho criando um retorno aos proprietários do meio de produção.

Nesse contexto, há um mascaramento dessa relação, onde a verdadeira face é a exploração do trabalhador, em que as relações sociais são sustentadas pelo trabalho alienado. De acordo com Marx e Engels (1987), quanto mais se produz, menos se consome, quanto mais valor se cria, menos valioso se torna, quanto mais valioso o trabalho, mais frágil se torna o trabalhador.

A alienação do trabalhador no seu produto significa não só que o trabalho se transforma em objeto assume uma existência externa, mas que existe independentemente, fora dele e a ele estranho, e se torna um poder autônomo em oposição com ele; que a vida que deu ao objeto se torna uma força hostil e antagônica. (Marx, 1964, p.160).

Dessa forma, podemos afirmar que os homens produzem e reproduzem suas condições de sobrevivência. O trabalhador ao trabalhar, torna-se escravo do seu trabalho. Quanto mais objetos produzem, mais pobres se tornam e maior se torna a submissão¹.

A alienação do trabalhador no objeto exprime-se assim nas leis da economia política: quanto mais o trabalhador produz, tanto menos tem de consumir; quanto mais valores cria, tanto mais sem valor e mais indigno se torna; quanto mais refinado o seu produto, tanto mais deformado o trabalhador; quanto mais civilizado o produto tanto mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, tanto mais impotente se torna o trabalhador; quanto mais brilhante e pleno de inteligência o trabalho, tanto mais o trabalhador diminui em inteligência e se torna servo da natureza. (Marx, 1964, p. 161).

O homem se torna também alienado no ato da sua produção. Assim aliena-se a si próprio, pois o produto que foi produzido se torna o resultado de toda sua atividade. Dessa forma, o trabalho oprime e fadiga.

O trabalho desenvolvido pelos trabalhadores é um trabalho desgastante e de muitos sacrifícios. Desenvolve-se para satisfazer as necessidades daqueles que os empregam, um trabalho que esgota fisicamente os trabalhadores. De acordo com Marx (1964, p.162):

(...) em primeiro lugar, o trabalho é exterior ao trabalhador, quer dizer, não pertence à sua natureza; portanto, ele não se afirma no trabalho, mas nega-se a si mesmo, não se sente bem, mas infeliz, não desenvolve livremente as energias físicas e mentais, mas esgota-se fisicamente e arruína o espírito. Por conseguinte, o trabalhador só se sente em si fora do trabalho, enquanto no trabalho se sente fora de si. Assim, o seu trabalho não é voluntário, mas imposto, é trabalho forçado. Não constitui a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio de satisfazer outras necessidades. O seu caráter estranho ressalta claramente do fato de se fugir do trabalho como da peste, logo que não exista nenhuma compulsão física ou de qualquer outro tipo. O trabalho externo, o trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação.

Nessa perspectiva, o trabalhador só se sente livre quando exerce funções humanas como comer, dormir, etc. Essa liberdade fica comprometida no processo do trabalho alienado, o qual o homem não consegue exercer suas funções vitais.

(...) uma vez que o trabalho alienado 1) aliena a natureza do homem, 2) aliena o homem de si mesmo, a sua função ativa, a sua atividade vital, aliena igualmente o homem a respeito da espécie; transforma a vida genérica em meio de vida individual. Em primeiro lugar, aliena a vida genérica e a vida individual; em seguida, muda esta última na sua abstração em objetivo da primeira, portanto, na sua forma abstrata e alienada. De fato, o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva, aparece agora ao homem como o único meio de satisfação de uma necessidade, a de manter a existência física. A vida produtiva, porém, é a vida genérica. É a vida criando vida. No tipo de atividade vital reside todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem. A vida revela-se simplesmente como meio de vida (Marx, 1964, p. 164).

¹ O modo de produção capitalista é um modo em que o sujeito é pelas suas próprias produções, produções essas que mantêm o poder sobre a existência de cada um. De acordo com Eagleton (1999, p.33) "O sujeito humano cria um objeto, o qual se torna então um pseudo-sujeito capaz de reduzir seu próprio criador a algo manipulado".

Com o trabalho alienado, o homem trabalha apenas para garantir sua sobrevivência. O homem já não se reconhece enquanto humano, impedindo o desenvolvimento de suas potencialidades. Portanto, o trabalho representa somente a sua subsistência.

O sistema capitalista de produção sobrevive pelo aumento das riquezas. O homem é um mero meio para esta finalidade. Assim, o trabalho alienado se torna a condição para a existência do sistema capitalista, em que o homem se torna alienado de si mesmo e não se reconhece no processo produtivo, nem tampouco no produto de seu trabalho.

Há alguns desdobramentos do trabalho alienado como a propriedade privada e a divisão do trabalho. Conforme observam Marx e Engels (1987, p.46): “Divisão do trabalho e propriedade privada são expressões idênticas: a primeira enuncia em relação á atividade aquilo que se enuncia na segunda em relação ao produto da atividade”.

A partir do exposto cabe ressaltar que, a alienação no trabalho tem repercussões na vida do trabalhador, na relação com o trabalho, com o produto de seu próprio trabalho e nas relações com outras pessoas.

No trabalho alienado, o objeto produzido não lhe pertence e por isso o aumento da riqueza não diminui a pobreza do trabalhador, muito pelo contrário.

Se o produto do trabalho não pertence ao trabalhador, se a ele se contrapõe como poder estranho, isto só é possível porque o produto do trabalho pertence a outro homem distinto do trabalhador. Se a sua atividade constitui para ele um tormento, tem de ser fonte de gozo e de prazer para outro. Só o homem, e não os deuses ou a natureza, é que pode ser este poder estranho sobre os homens (Marx, 1964, p. 167).

Dentro desta lógica, o trabalhador não faz gozo de seu próprio produto, este passa a ser de outro homem. O produto final não fica com aquele que o produziu e sim passa a ser de outro.

Dessa forma, Marx (1964, p.168) explica,

A relação do trabalhador ao trabalho gera a relação do capitalista (ou seja qual for o nome que o senhor do trabalho se quiser dar) também ao trabalho. A propriedade privada constitui, portanto, o produto, o resultado, a consequência necessária do trabalho alienado, da relação externa do trabalhador à natureza e a si mesmo.

É certo que o capitalismo trouxe avanços para o progresso da civilização, mas é inegável que para a acumulação de capital a produção é feita a qualquer custo. Para aumentar seu lucro, as indústrias são capazes de empregar e desempregar um grande número de trabalhadores a um custo muito baixo e com baixíssimo grau de especialização com salários apenas para a sobrevivência. Sobre essa situação Marx (1964, p.101) afirma, "a mais baixa e a única necessária tabela de salários é aquela que provê à subsistência do trabalhador, durante o trabalho, e a um suplemento adequado para criar a família, a fim de que a raça dos trabalhadores não se extinga".

O capitalista não está preocupado com o bem estar de seus trabalhadores, sua preocupação era somente em gerar mais capital para si. Enquanto isso, o trabalhador cada vez mais empobrecido tendo que garantir sua sobrevivência. Assim,

O trabalhador torna-se tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tão mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz apenas mercadorias; produz-se também a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens (Marx, 1964, p. 159).

Toda a riqueza produzida não serve para melhorar a condição de vida dos próprios trabalhadores, muito pelo contrário, é fator de exploração na medida em que a meta de trabalho não é atingida.

Não é difícil compreender o crescimento da pobreza dos trabalhadores somente pelas coisas materiais, mas também por ser apenas uma peça a mercê do sistema capitalista de produção. O trabalhador torna-se então como uma mercadoria, com o valor cada vez mais diminuído. Assim passa a ser tratado como coisa².

Ao que se refere ao trabalho, elemento central no modo de produção capitalista, por se tratar da única mercadoria que produz valor, este se torna alienado fazendo com as relações sociais se tornem coisificadas (BARROCO, 2010).

[...] o trabalho sendo ele próprio mercadoria, mede-se como tal pelo tempo de trabalho que é preciso para produzir o trabalho-mercadoria. E o que é preciso para produzir o trabalho-mercadoria? Justamente aquilo que é preciso em tempo de trabalho para produzir os objetos indispensáveis à manutenção incessante do trabalho, quer dizer aquilo que faz viver o trabalhador e o põe em condição de propagar sua raça. O preço natural do trabalho nada mais é que o mínimo do salário (Marx, 2004a, p. 46).

O próprio trabalho domina o trabalhador. O trabalho não promove o desenvolvimento pessoal, ele oprime. Essa desumanização e opressão é uma condição para a existência do sistema capitalista, para que a acumulação de capital promova maiores riquezas.

Porém o trabalhador não tem opção, a não ser submeter-se a esse sistema opressivo, pois precisa do trabalho para sua sobrevivência. Nesta luta pela permanência do trabalho cria um clima de disputa entre os próprios trabalhadores.

O trabalho está longe de ser considerado como uma realização, pois este impõe uma competitividade e opressão do próprio sistema capitalista.

² O homem passa a ser tratado como coisa na maneira em que não se reconhece em seu próprio produto. Perde-se a essência como ser humano, logo se torna coisificado.

Ao se submeter a um sistema que tem como finalidade o aumento das riquezas, o trabalhador se vê num sistema opressor, que limita o seu crescimento e o seu desenvolvimento. Ao invés de fazer trabalhos criativos, de usar a mente, este é obrigado a exercer funções e tarefas repetitivas, totalmente cansativas, as quais impedem o crescimento. O trabalho exaustivo e desumano leva o homem ao adoecimento.

É inegável que a exploração não interfere somente na vida do trabalhador dentro das indústrias, mas se expressa negativamente também na saúde, habitação, modo de vida, etc.

Dessa forma, para o trabalhador conseguir se livrar do trabalho alienado, basta por um fim na propriedade privada, onde o trabalhador não trabalha mais para um capitalista, mas para si mesmo. Como observa Marx, esta alienação se manifesta tanto na forma de produção como na de consumo.

A propriedade privada material, imediatamente perceptível, é a expressão material e sensível da vida humana alienada. O seu movimento – a produção e o consumo – é a manifestação sensível do movimento de toda a produção anterior, quer dizer, a realização ou realidade do homem. A religião, a família, o Estado, o Direito, a moral, a ciência, a arte, etc., constituem apenas modos particulares da produção e submetem-se à sua lei geral. A abolição positiva da propriedade privada, tal como a apropriação da vida humana, constitui portanto, a abolição positiva de toda a alienação, o regresso do homem, a partir da religião, da família, do Estado, etc., à sua existência humana, isto é, social. A alienação religiosa enquanto tal ocorre apenas na esfera da consciência, da interioridade humana, mas a alienação econômica é a da vida real – a sua abolição inclui, por conseguinte, os dois aspectos (Marx, 1964, p. 193).

Ao tempo de Marx, o capitalismo já se encontrava consolidado, onde o trabalhador era totalmente explorado. Havia uma clara distinção entre os proprietários dos meios de produção e a classe trabalhadora. Uma explorava e a outra era explorada. Nela os trabalhadores eram remunerados com o mínimo para garantir sua sobrevivência.

Hoje, vê-se que o capitalismo criou formas para iludir os trabalhadores, com benefícios, participações de lucros, etc. Dessa forma passam a ser aliados dos proprietários dos meios de produção, enriquecendo-os cada vez mais.

A história está em constante transformação decorrente dos avanços tecnológicos. Hoje as relações de exploração nem sempre são identificadas, pois alguns trabalhadores, com maior elevação dos salários e melhor condição de vida, não compreendem a lógica da acumulação capitalista a qual são submetidos.

Mas com toda certeza a luta de classes defendida por Marx não foi superada. Diante de inovações tecnológicas, que substituíram os trabalhadores por máquinas cada vez mais inovadoras, o capitalismo criou formas para esconder suas intenções.

Contudo, as lutas sociais crescentes e fruto da contradição capital x trabalho colocou em evidência tais contradições e teve como resultado conquistas de importantes direitos

políticos e sociais. Por exemplo, na Europa os direitos trabalhistas começaram a seguir a Organização Internacional do Trabalho em 1919. No caso dos direitos trabalhistas no Brasil veio com a Constituição de 1934, com salário mínimo, jornada de trabalho de 8 horas, repouso semanal, férias e outros. Em 1943 foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Entretanto, os direitos políticos, civis e sociais no Brasil, expressam conquistas das lutas diárias, demandando ainda serem exercidos em sua plenitude e assegurados por completo, só foram alcançados com a Constituição de 1988. Portanto, a garantia desses direitos, ainda que de forma muito limitada, foi um pouco tardia se compararmos com países da Europa.

A partir do exposto, como proposta deste trabalho, podemos indicar que o adoecimento psíquico ou físico dos trabalhadores se torna uma expressão da questão social. Nos marcos do capital, as pressões do dia a dia, baixos salários, competitividade, são algumas das causas para esse fim. O modo de produção capitalista é um sistema de produção adoecedor e repressor. Adoece pelo fato do crescimento do capitalismo ser acompanhado da oferta de trabalhadores que tem crescido em igual proporção e para manterem seus empregos, sujeitam-se a trabalhos cada vez mais exaustivos e com salários cada vez mais baixos, e reprime pela própria competição.

E é neste sentido que entendemos que a saúde mental pode se desenvolver no modo de produção capitalista e na forma como os trabalhadores sofrem repressões, pressões dentro das empresas capitalistas, a qual produzir a qualquer custo se torna cada vez mais frequente em nosso dia a dia. No próximo item vamos explicitar sobre a história da saúde mental e todas as suas indagações para os usuários, familiares e toda a sociedade.

2.2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL E A PARTICULARIDADE BRASILEIRA

A efetivação da saúde mental também ocorreu de forma lenta e tardia, porém não deixou de ser necessária para os usuários da saúde mental, como historicamente já sabemos que estes sofriam abusos constantes e afastados do convívio familiar, fazendo com que o tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos fosse questionado.

Partindo para a história, segundo Rodrigues (2010, p.1616), o pacto social³ nasceu com o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVII e início do século XVIII, num contexto em que pobres e doentes eram afastados de seus trabalhos. Logo, com a Revolução Francesa (século XVIII), que tinha como seu lema "Fraternidade, liberdade e igualdade", foi selecionado parcelas da população consideradas "desajustadas", estas levadas para instituições beneficentes, hospitais psiquiátricos da época, onde eram confinados e excluídos.

Assim surgem no século XVII as "colônias", para dar apoio e neutralizar a superlotação dos hospitais psiquiátricos, que tinham como objetivos mudar o modelo assistencial existente. Segundo Soares (1997) apud Amarante (1995, p.28), as colônias eram a atualização da psiquiatria com o contexto sócio histórico da época. Porém esse novo modelo não se diferencia dos hospitais psiquiátricos, pois são lugares onde se confinam os excluídos e os mantem com total descaso.

A história da psiquiatria é uma história de asilamento e muita dor. A loucura torna-se o mundo da exclusão. Excluir os loucos para poder conhecer a loucura⁴ na tentativa de dominá-la.

Ao longo dos anos, houve um número significativo de pessoas com algum transtorno mental, mas foi na primeira grande guerra mundial que se teve um número alarmante de pessoas doentes mentalmente devido às situações em que eram submetidas. Batalhas desgastantes, soldados longe de suas famílias por longos períodos, muitos mutilados e outras causas.

³ Pacto Social: É um processo permanente de negociação, tinha como objetivo explicar a submissão das pessoas. Segundo Hobbes "A igualdade seria o fator que contribui para a guerra de todos contra todos, levando-os a lutar pelo interesse individual em detrimento do interesse comum. Logo, a liberdade segundo Hobbes seria prejudicial à relação entre os indivíduos, pois na falta de "freios", todos podem tudo, contra todos".

⁴ A concepção de loucura na saúde mental tem uma abrangência muito grande que inclui a estigmatização. É um fenômeno de exclusão social em que coloca a pessoa com transtorno mental como "louco", e este perde seus direitos, pelo menos uma parte deles.

Nessa mesma época surgiram em especial nos Estados Unidos e Europa, os primeiros movimentos que buscavam pela transformação do modelo psiquiátrico vigente. Com a reconstrução da Europa no pós-guerra, os hospícios passaram a sofrer críticas de violências em seus tratamentos. A primeira mudança foi à comunidade terapêutica, na qual toda a comunidade participava na comunicação para a recuperação dos internos.

Não tão diferente, no Brasil a psiquiatria nasceu na década de 1920, porém não obteve muito sucesso. Somente a partir de 1940 com fortes influências americanas que o movimento de higiene mental se obteve algum crescimento. Contudo, de acordo com Amarante (1994, p.73), foi no período da ditadura civil e militar de 1960 que ficou marcado pelas reformas na saúde e na previdência.

De acordo com Edler, Escorel e Nascimento (2005, p.59) o Sistema Nacional de Saúde vigente no período militar tinha o predomínio das instituições previdenciárias. O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) se unificaram em 1966. As aposentadorias, pensões e assistência médica passaram a ser regidas por esses órgãos.

A assistência à saúde era feita a uma parcela da sociedade, apenas aqueles chamados de indigentes. De acordo com Souza (2002, p.11);

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O poder público atuava de acordo com a economia dos estados, aqueles mais ricos que possuíam maior assistência à população. Mesmo com a crise em meados dos anos de 1970, as melhorias nas condições de acesso da população continuavam a serem feitas.

Sobre a saúde mental, todo o processo se inicia com o Movimento da Reforma Sanitária e a desinstitucionalização das instituições psiquiátricas, as quais são importantes. O movimento da reforma sanitária e o movimento da reforma psiquiátrica caminham juntos pela melhor efetivação da saúde pública brasileira.

Analisando a Reforma Sanitária Brasileira, essa se deu em um momento conturbado e de intensas mudanças na política Brasileira com as amarras da ditadura militar. Almejava-se tanto servir à democracia quanto à consolidação da cidadania no país. A realidade social era de grande exclusão e de garantias ao direito à saúde que era muito restrito.

Em 1964 com o golpe militar conhecido por todos, o país vivia sobre um novo regime. No que tange ao sistema de saúde o país vivia sobre a duplicidade da medicina previdenciária e a saúde pública.

De acordo com (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p.17):

O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo.

A saúde no sistema militar buscava beneficiar o setor privado. Davam continuidade dos governos anteriores, porém expandindo a assistência médica previdenciária.

Com esse propósito, foram instituídas várias medidas, como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, no ano seguinte. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p.18)

A saúde então passa a ficar em segundo plano, pois esta era financiada pelo Estado. Os autores Edler, Escoril e Nascimento (2005, p.50) destacam que, no período de 1970 com a saúde financiada pelo Estado através da previdência social, os serviços prestados através de empresas privadas, tornaram a corrupção incontrolável. O INPS, então, passa a financiar empresas que desejavam construir seus hospitais.

Na década de 60, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objetivo de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1994, p. 79)

O que concerne o período foi marcado pela crise que assolava o país. A partir de 1974 uma grande crise mundial, levou a economia do país a cair. Nesses anos houve uma decadência econômica e social.

Em 1974 a população cada vez mais insatisfeita com o regime militar passa a fazer críticas ao governo. Várias denúncias foram feitas apontando a necessidade de uma transformação profunda do setor saúde. Com objetivos comuns, pautados nos direitos civis e sociais, foram os movimentos sociais que encamparam a luta pela saúde. Contudo, o regime militar respondeu com mais repressão às reivindicações populares.

Na saúde, o quadro sanitário era preocupante, pois tinha baixa cobertura assistencial, além da disseminação de doenças marcadas pela crescente pobreza. Na saúde mental, não tão

diferente, uma grande luta foi instalada, a qual ficou conhecida como “indústria da loucura”. As grandes corporações médicas fizeram do adoecimento um objeto de lucro.

As formas indicadas para o enfrentamento do quadro envolviam o planejamento e avaliação de ações, o que implicava a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos (OEA, 1961).

O período foi marcado por uma grande repressão do governo à população. Porém na saúde havia maiores articulações para repasses de verbas. De acordo com Escorel, (1999); Escorel, Nascimento, Edler (2005):

Em 1975, o regime instituía por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária. Segundo o texto da lei, caberia à pasta da Saúde ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo.

De acordo com Amarante (1994), Amarante (2007) e Costa (1989), os lucros obtidos pelos grandes empresários levaram ao surgimento de dois movimentos, o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Antimanicomial. Na década de 1970 surgem os movimentos dos trabalhadores, usuários e familiares pela mobilização da luta antimanicomial e de reforma sanitária.

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente. (SILVEIRA, 2009, p.37).

A reforma sanitária brasileira teve seu entorno de movimentos na segunda metade dos de 1970. Procuravam introduzir mudanças no sistema de saúde no país. O movimento da reforma sanitária avançava em sua organização. De acordo com Paiva e Teixeira (2014, p.22), em setembro de 1979, criava-se a Abrasco como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva.

Buscava-se assim a promoção à saúde e a participação da sociedade. Os primeiros anos do movimento sanitários contaram com a participação de trabalhadores da saúde e da sociedade, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde.

O processo da Reforma Psiquiátrica, e um movimento social e político importante para a história da saúde brasileira, sendo marcado por lutas, desigualdades e descontentamento com os hospitais psiquiátricos.

O movimento popular pela saúde e o movimento dos trabalhadores foram de suma importância na luta pela reforma sanitária e na reforma da psiquiatria brasileira. Tiveram importância para a ampliação da discussão sobre a reforma da saúde e foram atuantes para na Conferência Nacional de Saúde.

O movimento sanitário tinha objetivos concretos para sanar as desigualdades existentes. Esses objetivos eram pautados na democracia e na igualdade de direitos.

Foi na Oitava Conferência Nacional de Saúde que lançaram os princípios da Reforma Sanitária. De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.78), nesta conferência evidenciou as modificações na saúde que deveria ser entregue a órgãos federais e também modificações na previdência com ações próprias do seguro social.

Nesta Conferência a previdência e a saúde eram temas bastante discutidos, logo surgiu como um arcabouço, a separação definitiva destes dois setores com a criação do Sistema Único de Saúde. Este evento é considerado um dos mais importantes, pois se dizia que era “o movimento pela democratização da saúde em toda sua história”. (Rodrigues e Netto, 2003, p.49).

O movimento sanitário tinha proposições concretas como a saúde como direito de todos; todas as ações de saúde de cunho curativo e preventivo deveria garantir acesso à população; descentralização da gestão. Cordeiro (2004, p.13).

A discussão da operacionalização ainda deveria ser mais aprofundada, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e os dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

A configuração política em que vivia a época configuraria políticas públicas numa perspectiva próxima do Estado de Bem Estar Social.

No que concerne à saúde mental, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual os profissionais da área de saúde mental denunciaram as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos e como os pacientes eram tratados, reivindicando mudanças na política de assistência à saúde mentais.

No contexto político, os trabalhadores da saúde mental se reuniram para realizar seu primeiro movimento em São Paulo. Este movimento de trabalhadores tinha como objetivo: extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos, regionalização do atendimento, controle das internações na rede dos hospitais privados e públicos, expansão da rede ambulatorial em saúde. (Amarante, 1994).

A mobilização foi de suma importância para a saúde mental, após as denúncias feitas pelos trabalhadores foi aprovada a Lei n.180, que tendo por referência o movimento de reforma italiana, estabelecia o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos.

A reforma da psiquiatria italiana foi de suma importância para a reforma psiquiátrica brasileira, que teve como seu precursor Franco Basaglia. Basaglia foi um psiquiatra italiano que promoveu a reforma da saúde mental na Itália. O projeto de transformação da psiquiatria de Franco Basaglia, é um projeto peculiar o qual demonstrava a maneira como lidar com a questão social, constituindo uma ruptura com a psiquiatria tradicional. Logo é de total importância se conhecer a história desse grande homem que introduziu uma nova maneira de se olhar para a psiquiatria e todo o seu entorno.

Historicamente, o movimento pela reforma psiquiátrica italiana difere dos demais países pela desinstitucionalização desenvolvida pela mobilização social o qual traz transformações na relação instituição e paciente.

De acordo com Rotelli (1990, p.18), a desinstitucionalização norte americana desospitalizou o doente, mas criou outras instituições de pequeno porte sem olhar para o doente, mas para a doença em si.

O trabalho de Franco Basaglia teve origem na transformação do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia (1961-1968) na Itália implantando um projeto de comunidade terapêutica.

[...] o trabalho de Gorizia concentra-se em três grandes linhas de intervenção que, na prática, estão cotidianamente presentes nas assembleias, nas discussões com os técnicos, nos contatos com os familiares e a sociedade: a origem do pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia (AMARANTE, 1996, P.73).

Em Trieste, situada no nordeste da Itália, começa a verdadeira transformação e concretização dos ideais almejados pela psiquiátrica por Basaglia em 1970, de acordo com Rotelli e Amarante (1992, p.44):

Começa a verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos “tratamentos” violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e forma de lidar com a loucura e a doença mental.

A desinstitucionalização das instituições psiquiátricas baseada nas premissas de Basaglia vai muito além da “destruição” dos manicômios, é a reconstrução da cidadania perdida pelos pacientes da saúde mental. De acordo com Amarante (1996, p.96), os internos vão recebendo alta do hospital psiquiátrico.

Assim que se deparava com a miséria humana dos hospitais psiquiátricos, percebia que a humanização não seria suficiente. Eram necessárias transformações mais profundas no modelo psiquiátrico e nas relações sociedade e a loucura.

Ainda de acordo com Amarante (1996, p.97), a medida que o processo de desativação dos manicômios acontecia, centros de saúde territoriais que exerciam a função de apoio surgiam.

Baságliá considerava que a psiquiatria por si só não era capaz de dar conta da loucura, com isso crescia seu fomento para a abolição dos hospitais psiquiátricos.

Em suma, a experiência de Trieste conduziu a destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparelho da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando ser possível a constituição de um 'circuito' de atenção que, ao mesmo tempo oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica. (DELL' ACQUA 1987 apud ROTELLI; AMARANTE, 1992, p.44).

O trabalho iniciado em Trieste e Gorizia desencadeou em 1973 o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, de acordo com Rotelli e Amarante (1992, p.45), o Estado propõe uma nova lei que ficou conhecida como "Lei Baságliá". A nova Lei 180 de 13 de maio de 1978 contemplava:

(...) a proibição da recuperação de velhos hospitais e a construção de novos, a reorganização dos recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, a restituição da cidadania e dos direitos sociais aos doentes e o direito ao tratamento qualificado. (TOMAZ, 2009, p.92).

Todo esse movimento de desinstitucionalização veio para reinventar a psiquiatria, não só na Itália, mas também em todos os países. Isso significou a reconstrução da saúde mental mundial.

O movimento de desinstitucionalização revelou o manicômio como o lócus de uma psiquiatria que é a administração de figuras de miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade. O conhecimento a respeito do sofrimento psíquico e mesmo a noção dos operadores em saúde mental não poderiam, para a equipe triestina, desconsiderar a realidade do asilamento, que é anterior á constituição da doença mental. A desinstitucionalização deveria, assim, concretizar-se na desconstrução do manicômio. (BARROS, 1994, p.57)

A participação dos trabalhadores da saúde mental na Itália foi muito importante para que se pudesse acontecer a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. Todo o envolvimento com os pacientes, fazendo trabalhos cotidianos, produzindo a comunicação e a solidariedade.

O trabalho de Baságliá transcende a psiquiatria, pois trouxe elementos novos sobre as formas de tratamento. Da ênfase ao doente como possuidor de direitos, independente da doença.

O movimento chega ao Brasil em meados de 1970, com visitas de Franco Basaglia em 1978. Todo o contexto político em que vivia o país foi bastante favorável á maior participação popular, ganhando destaque com o Movimento pela Reforma Sanitária.

De acordo com Bravo (2006, p.30), Franco Basaglia retorna ao Brasil em 1979 dividindo o processo da reforma brasileira em antes e pós a essa visita, sendo um verdadeiro marco para a reforma, relatando em congressos a experiência com a reforma italiana.

Segundo Bravo (2006, p.32), o Movimento pela Reforma Sanitária “consiste na organização dos setores progressistas de profissionais da saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura da sociedade”.

No campo da saúde mental reivindicações contra a forma como eram tratados os pacientes e toda a violência asilar, surgiam. Porém, toda essa reivindicação não mudaria de fato as condições em que viviam os usuários da saúde mental dentro desses hospitais psiquiátricos, porém permitiria ao passar dos anos, um tratamento mais digno.

A psiquiatria passou por períodos que deixaram sequelas até hoje, onde transmissões de imagens dos loucos vagando nos hospitais psiquiátricos foram vistos nacionalmente. Ausência de higiene, má alimentação, cidadãos sendo maltratados fisicamente e humilhados marcaram a saúde mental brasileira.

Segundo Edler, Escoril e Nascimento (2005, p.71) em 1979 a 1985 teve o general João Figueiredo como presidente da época, este período foi marcado pela auto reforma no âmbito da legitimação social, ressurgimento dos movimentos estudantis e o início do movimento sanitário que nasceu em meio a lutas contra a ditadura, buscavam mudanças e transformações na saúde para toda a população.

Ainda em 1979, Basaglia visitou o Hospital Colônia na cidade de Barbacena, comparando com os campos de concentração nazista, a forma desumana como os loucos eram tratados.

De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.75), deu início em 1985 ao II Plano Nacional de Desenvolvimento, voltado ao desenvolvimento econômico e social com prioridades na educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos. O planejamento estatal gerou três espaços institucionais: o Setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas, a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan Americana da Saúde, foram articuladoras do movimento sanitário.

De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.59), em 1985 realizou-se a reunião de Montes Claros (MG), onde se debateu propostas para o fim do autoritarismo e

lançaram como candidato Tancredo Neves. Neste ano, Tancredo foi eleito, mas falece antes mesmo de sua posse, sendo Sarney seu vice, a assumir em seu lugar e tornando o mais novo presidente do país.

Em meio às mudanças na política, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental passou a chamar Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), tais mudanças foram devido ao fato da necessidade de alianças com outros movimentos populares e com a opinião pública.

Médicos e profissionais da saúde, preocupados com os rumos em que a saúde pública se dava, discutiam e desenvolviam teses para uma discussão política. Teve como marco a Conferência Nacional de Saúde em 1986.

De acordo com Vasconcelos (2000), a saúde mental passa a ter novas conjunturas, mobilizada pela I Conferência Nacional de Saúde em 1986, neste mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001, p.12).

Com o movimento dos trabalhadores e o apoio popular, nasce o lema “por uma sociedade sem manicômios”, a luta antimanicomial brasileira só ganha importância com o projeto de Lei n.3657 em 1989 que prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

Esse contexto marcou o crescimento de uma consciência acerca da saúde mental, incorporando a luta dos pacientes, familiares e a sociedade.

Assim a Reforma Psiquiátrica brasileira teve fortes influências italianas. A necessidade de reprodução social do sujeito é essencial à vida. Os pacientes da saúde mental necessitam do retorno ao convívio familiar e do convívio com a sociedade, buscando a efetivação plena da cidadania.

Baságliã tinha como objetivo, devolver a liberdade perdida dos sujeitos confinados nos manicômios, após tanto tempo vivendo presos dentro desses ambientes.

A luta antimanicomial entende que os manicômios são lugares que excluem, marginaliza e tornam a desigualdades cada vez maiores. Esse é o legado de Franco Baságliã, que luta pela igualdade social dos sujeitos, além do comprometimento dos profissionais.

Baságliã questionou a ciência em seu tempo, mas todos nós hoje temos muito que colocar em discussão sobre os desafios e as práticas na saúde mental. Refletir sobre o posicionamento dos profissionais e a forma como esses sujeitos são tratados em nossa

sociedade. Franco Basaglia deixa uma mensagem muito importante para toda a sociedade: “o importante é não criarmos ideologias, mas sim refletirmos sobre a prática que transformamos”.

É importante ressaltar aqui que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados para substituírem às internações nos hospitais psiquiátricos, sendo uma alternativa para a reinserção social, exercício dos direitos e fortalecimento dos laços. No final da década de 1980 a cobertura se ampliava cada vez mais, de acordo com Souza (2002, p.13);

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

O maior avanço da efetivação da saúde pública foi com a aprovação da Constituição Federal em 1988. A Constituição assegurou diversas garantias constitucionais para maior cobertura dos direitos fundamentais.

Na Constituição Federal do Brasil, marco importante na área da saúde pública, A saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado.

O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Já o parágrafo único do Art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. (Constituição de 1988, p.14)

Em 1989, é realizada a primeira eleição direta para presidente da República. Nessa conjuntura, de mudanças econômicas e políticas que teve início a construção do SUS com os princípios da equidade, integralidade e universalidade.

Neste intuito começa a construção de um sistema de saúde no Brasil, um sistema com cobertura universal o que instituiu o Sistema Único de Saúde, motivado pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Com isso o cidadão passa a possuir maiores direitos, como a eleição direta para os cargos de presidente, governador, prefeitos e deputados e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual oferece a população acesso integral, universal e gratuito de serviços de saúde. De acordo com Teixeira (2000, p.20) com o SUS a saúde deixou de ser exclusiva do poder Executivo e passou a ser administrada pelos estados e municípios.

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatiza a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca

ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens. (NUNES, MACHADO e BELLINI, 2003, p.3).

Também se debateram a separação da Previdência Social, que atenderia somente ações da seguridade social, e a saúde que deveria se ter um órgão responsável. Foi também nesta conferência que se aprovou a criação de um sistema de saúde. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) elaborou uma proposta sobre a saúde e um projeto para a nova lei do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi na oitava Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nessa conferência, que as modificações no setor da saúde transcendiam o marco de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (ESCOREL e NASCIMENTO e EDLER, 2005, p.78).

Em meio á um período tão conturbado e de muitas modificações importantes da historia da saúde brasileira, amplia-se diante à busca dos direitos, as reivindicações por melhorias nas condições de trabalho dos trabalhadores da saúde mental e várias denunciam de maus tratos aos pacientes.

Neste mesmo período o Movimento pela Reforma Psiquiátrica ganha força, sendo em 1989 o projeto de lei 3657 do deputado Paulo Delgado, o qual fala sobre a substituição parcial dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos é um grande marco para a luta antimanicomial, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos. Houve também de extrema importância, os avanços dos objetivos do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

O MLA constituiu-se como um importante movimento social na sociedade brasileira, na medida em que se organiza e se articula tendo em vista transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade. Suas ações e lutas estão direcionadas e vêm impactando as diferentes dimensões da vida social (RODRIGUES; CUNHA, 2007, p. 8).

De acordo com Rotelli e Amarante (1992, p. 48), notam-se grandes mudanças na história das políticas de saúde mental no Brasil. Houve uma ocupação no espaço político movimento da reforma sanitária, destacando a II Conferência Nacional de Saúde Mental, principalmente os de atenção psicossocial e o processo de melhorias dos hospitais psiquiátricos, havendo uma redução significativa dos números de leitos em hospitais privados e públicos.

Este processo de desinstitucionalização não foi uma mudança tranquila para os usuários da saúde mental, já que estes estavam a muitos anos vivendo sobre as amarras dos

hospitais psiquiátricos. Estes já aviam perdidos seus vínculos familiares, sendo ainda um processo bastante dificultoso para essas pessoas.

Em 1990 foi sancionada a Lei n.8080, que fala sobre as promoções e proteção á saúde referente ao Sistema Único de Saúde. O SUS tem como um dos seus mais importantes princípios a universalidade, ou seja, todos tem acesso ao serviço.

Instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. (SOUZA, 2002, p.14)

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sendo o único integral. O governo federal ainda é o responsável pelo sistema, mas as participações dos municípios estão crescendo cada vez mais.

De acordo com Souza (2002, p.19), vários programas são ofertados pelo SUS, “Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária”.

Desde a instituição da lei 8080, várias mudanças significativas avançam em torno da saúde no Brasil, com os Conselhos de saúde que vem crescendo cada vez mais.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde. (SOUZA, 2002, p.35)

Pode-se dizer que houve a implementação da saúde, construindo estruturas e mecanismos para melhor atender a sociedade.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde o Sistema Único de Saúde é dividido em princípios e diretrizes, baseados na lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece;

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Na saúde mental, em 1992 houve conquistas na desinstitucionalização psiquiátrica com a descentralização das ações de saúde, conquistas essas materializadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (Amarante, 1995). Aqui cabe destacar a substituição dos manicômios pela rede de atenção psicossocial.

Os princípios da reforma psiquiátrica remetem á realidade social dos sujeitos em sofrimento psíquico, pois as condições de vida de muitos desses sujeitos evidenciam todas as contradições que o modelo de reforma introduz, considerando a realidade sócio-histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros e das grades dos manicômios, encontram-se amarrados ás estruturas sociais difíceis de serem quebradas. Estruturas estas decorrentes da realidade histórico-social das famílias, da comunidade, dos serviços públicos, da sociedade estabelecido e regente de todas as relações que se estabelecessem entre as pessoas (RABELO, TAVARES e FARIA, 2009, p.94).

A reforma psiquiátrica vai muito além dos muros dos hospitais psiquiátricos, é uma reforma lenta e gradual decorrentes da questão social, o qual é a realidade social do sujeito.

(...) o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, da existência-sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da “cura”, para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividades. (ROTELLI, 1990 apud ROTELLI e AMARANTE, 1992, p.52).

Toda essa reforma lenta e gradual vai de encontro com a contra reforma neoliberal, instituído no Brasil. Havia uma ausência de preocupação com os problemas de minimizar as desigualdades sociais e econômicas do país. De acordo com Vázquez (2006, p.305) o governo de Fernando Henrique Cardoso e seu programa reformista baseavam-se no projeto neoliberal o qual primava pela privatização dos bens públicos e a redução do papel do Estado.

A reforma não fortaleceu a seguridade social e a saúde, previdência e assistência social que ficaram totalmente de lado. Um período conturbado e burocrático para a saúde mental brasileira.

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram em 1987 na cidade de São Paulo. Em 1989, em Santos, surgem os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). A grande experiência em Santos, no estado de São Paulo, é um grande marco para a psiquiatria brasileira e para sua reforma.

Os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, e realiza prioritariamente atendimentos ás pessoas com algum sofrimento mental (Brasil, 2011). O serviço visa à vida comunitária e a autonomia dos usuários, trabalhando em conjunto com os familiares.

De acordo com Vasconcelos (2008), somente em 2001 é sancionada a Lei n. 10.216/2001, que consiste em um novo modelo de assistência na internação, além da

implantação de Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial. (Vasconcelos, 2008).

A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim segundo Vasconcelos (2008), a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Esses centros psicossociais são considerados hoje como dispositivos estratégicos e um dos elementos mais importantes da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPSs têm como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica. (MACHADO, 2009, p.242)

A saúde mental se desenvolve com o Projeto Terapêutico, fazendo o acompanhamento dos pacientes (Brasil, 2011). A prática do serviço vai de encontro ao lema “de portas abertas” fazendo o acolhimento de toda e qualquer pessoas que necessita do atendimento.

Ainda neste mesmo ano, o processo de desinstitucionalização daquelas pessoas internadas há vários anos é impulsionado com a criação do programa “de volta para a casa”. Este programa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização.

De acordo com Rotelli e Amarante (1992, p. 55), criado pela lei federal 10.708, encaminhada somente em 2003, o programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este programa foi um marco para a efetivação da Reforma psiquiátrica, dando uma oportunidade para as pessoas com transtornos mentais de retornarem ao convívio familiar e de terem a chance de melhores tratamentos longe das clínicas psiquiátricas.

Essa nova concepção, prioriza o indivíduo, dando-lhe um tratamento humanizado, fortalecendo toda a rede de saúde mental. Essa intersetorialidade coloca o paciente como pessoa e que deve ser reconhecido dentro da sociedade.

[...] a intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social,

tornando os sujeitos ativos na produção de saúde. (SEVEROS e DIMENSTEIN, 2011, p.650).

A saúde mental e a intersetorialidade devem caminhar juntos, tendo o CAPS um papel fundamental de coordenar a rede de atenção em saúde mental, articulando, regulando e abrangendo todo o território.

Vai muito além da intersetorialidade, está pautado no cuidado com o paciente, seja coletivo ou individual, além do cuidado com os familiares. Todo o trabalho da equipe está de acordo com Dias (2001) apud Machado (2009):

a) Interdisciplinaridade: a atuação da equipe em considerar os diferentes campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, atento ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A perspectiva interdisciplinar não opera uma eliminação das diferenças: tanto quanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo, contudo, que ela se reencontra e se complementa, contraditória e dialeticamente. b) Integralidade da atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo. c) Intersetorialidade: o desenvolvimento de ações deve ser integrado entre os serviços de saúde, outras políticas públicas e programas. d) Plano terapêutico individual: a assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com necessidades terapêuticas, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais.

Os serviços oferecidos pelo CAPS se dividem em ações coletivas, em grupos, individuais e também com as famílias. São ações de suma importância, pois o serviço de suporte não somente para o indivíduo com transtorno mental, mas também para as famílias que necessitam de cuidados após o adoecimento de seus entes. Nesse intuito o CAPS oferece alguns tipos de atendimentos;

Oferecem 3 tipos de atendimentos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), este serviço deve também atender aos familiares dos usuários dando um suporte. Estes serviços são substitutivos e não complementares aos serviços de hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher, estimular e a apoiar iniciativas e a autonomia dos pacientes. A saúde mental é um território de práticas e técnicas de cuidados, além de saberes e intervenções de diversas profissões. Cabe ressaltarmos a divisão das modalidades do Centro de Atenção Psicossocial De acordo com o Ministério da Saúde (2015):

CAPSI: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes (...)
 CAPSII: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (...)
 CAPSIII: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes,

incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes (...) CAPSad: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população de 70 mil habitantes (...) CAPSad III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (...) CAPSi: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicados para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Entre os anos de 2003 a 2005, a partir de então começa a disseminação do que seria ideal referente á redução dos manicômios, pois ainda é existente a presença de muitos deles no país. Entretanto o surgimento de associações e cooperativas buscando efetivação de uma sociedade igualitária também cresce no país.

Os Centros Psicossociais são de suma importância para a efetivação plena da cidadania dos pacientes da saúde mental. Após seu surgimento, os usuários do serviço pôde ter o apoio dos familiares para a reabilitação social, além de muitos poderem voltar ao trabalho.

Ainda necessita de melhoras na saúde brasileira. Mas com toda certeza não podemos negar o grande salto que a saúde mental deu desde o processo da Reforma Psiquiátrica, desde ao fim dos manicômios psiquiátricos até ao retorno do convívio familiar e com toda a sociedade.

O preconceito ainda existe, e é muita das vezes, o responsável pela convivência social das pessoas com transtorno mental e do retorno do trabalho perdido após o adoecimento. Vale ressaltar também que a união social e familiar em torno de ressaltar a luta pelos melhoramentos da saúde, e também da busca pela efetivação dos direitos é importante. E foi em torno dessa união que se pode conquistar o fim dos manicômios psiquiátricos e o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Os Centros de atenção psicossocial devem sair de dentro do serviço e abranger toda a sociedade buscando vínculos, desenvolvendo atividades para a inclusão social, e o exercício pleno da cidadania.

Em se tratando da saúde pública, de fato a Reforma Sanitária foi um marco para a história da saúde mental brasileira, porém a luta continua por maiores reconhecimentos no âmbito da saúde, por autonomia e respeito para que todos possam ver que as pessoas com transtornos mentais podem sim serem incluídas novamente no mercado de trabalho.

A Reforma vem dando oportunidade maior para os cuidados aos usuários, embora saibamos que é necessário ir além. É preciso mais estratégias para que essas pessoas tenham seus direitos assegurados. Mesmo tendo significativos avanços, é preciso uma avaliação constante em todo o processo de construção.

Há ainda grandes desafios para a reforma psiquiátrica brasileira, já que esta é uma luta constante, que são os manicômios judiciários. Espaços de exclusão e de constante violência para os cidadãos. Estes espaços são geridos pelo poder judiciário, os quais não utilizam as normas do SUS. Neste sistema, pessoas com transtornos mentais que cometem crimes, são consideradas inimputáveis, isentas de pena, porém para maior segurança são submetidas ao tratamento compulsório e jogadas nesses manicômios, vivendo por longos períodos.

A história da saúde mental encontrou e ainda encontra grandes dificuldades. Todo o processo histórico, a luta por melhores atendimentos na saúde mental e a integração dos usuários de saúde mental no convívio social e familiar, ainda necessita de avanços, uma vez que, as pessoas com transtornos mentais ainda encontram barreiras como a do preconceito e a busca de efetivação de direitos.

Dentro dessa proposta de transformação está se consolidando as múltiplas formas de cuidado. Nesse contexto, inserem-se as novas atribuições dos trabalhadores da saúde mental, reformulando as práticas diárias, reproduzindo relações sociais.

Vimos aqui o marco histórico da saúde pública brasileira e todos os entornos da psiquiatria. De fato a mobilização tanto para a Reforma Sanitária quanto para a Reforma Psiquiátrica foi fundamental para a efetivação plena dos direitos dos cidadãos. Os movimentos sociais, no caso da saúde mental, buscam os direitos perdidos com o adoecimento dos cidadãos. Neste embate, a participação da sociedade foi fundamental, pois com reforma psiquiátrica pode se construir novas estratégias.

2.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

É muito importante o trabalho dos profissionais de serviço social na saúde mental, sua contribuição é imprescindível para o serviço e para os pacientes. Porém sua atuação na área, ainda está em processo de construção. Este item irá abordar sobre a inserção dos assistentes sociais e o trabalho desses profissionais na saúde mental.

Em termos históricos, a inserção do assistente social no campo da saúde mental se deu, inicialmente, em 1905 nos Estados Unidos, se consolidando em 1918 (Lima, 2004) com o aparecimento do Serviço Social psiquiátrico na Europa e nos Estados Unidos, com forte influência do Movimento de Higiene Mental (MHM), que surgiu na França, entre 1910 a 1920. Este movimento buscava melhorias nas condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos.

A gênese do serviço social no Brasil, a qual deve ser localizada nos anos 30 do século XX, se deu com o desenvolvimento capitalista. As condições para essa profissão foi vista a partir da crescente intervenção do Estado, por meio das políticas sociais públicas. Neste contexto de enfrentamento das expressões da “questão social” que se legitimou o Serviço Social como profissão. De acordo com Raichellis (2006):

A igreja católica teve importância singular na configuração da identidade que marca a gênese do Serviço Social no Brasil, sendo responsável pelo seu ideário, pelo inicial incipiente campo de ação, pelas agências de formação dos primeiros assistentes sociais.

A partir dos anos de 1940 e 1950, a questão social, passa por grandes transformações principalmente com o final da II Guerra Mundial onde a pobreza teve um grande aumento nos países da Europa e Estados Unidos, além da aceleração industrial. Segundo Raichellis (2006), A questão social se torna alvo da intervenção do Estado, por meio das políticas sociais públicas.

Historicamente, a inserção do assistente social na saúde mental, não obrigatoriamente, se deu em 1946 com o trabalho voltado para a infância. Logo depois, é incorporado nos hospitais psiquiátricos. De acordo com Rosa e Melo (2009, p.84):

As ações dos assistentes sociais no espaço hospitalar voltam-se preponderantemente para levantamentos de dados sociais dos pacientes e seus familiares; confecção de atestados sociais; encaminhamentos para a rede sócia assistencial e difusão de informação e orientação social, sobretudo para regularizar a documentação e acessar benefícios sociais, aposentadorias.

O trabalho dos assistentes sociais dentro dos hospitais psiquiátricos, não eram atribuições específicas deste trabalhador, gradativamente os assistentes sociais passam a atuar em outros setores específicos.

Mas somente em 1949 o profissional de serviço social teve a regulamentação liberal e seu desempenho totalmente voltado às instituições públicas e privado. Tendo a saúde como o principal campo de absorção profissional.

A partir da década de 1960 o serviço social passou por um período de renovação profissional, que segundo Netto (1998) a modernização da área da saúde prevaleceu até a segunda metade da década de 1970 com a nova direção metodológica profissional e com o surgimento da Reforma Sanitária.

Este processo deu origem a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual funcionários da saúde mental denunciaram a maneira como os pacientes tratados como “loucos” viviam de forma desumanas dentro dos asilos mentais. Por sua vez, este processo orienta-se pelos direitos civis, pelas liberdades básicas dessas pessoas.

O crescimento dos assistentes sociais na saúde mental foi a partir dos anos de 1990 com o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais e da crítica dos modelos hospitalocêntricos.

Essa nova mudança influenciou nas ações curativas e na construção de um novo modelo. Esse novo modelo requereu um trabalho multiprofissional, tendo o assistente social um papel muito importante, exigindo uma capacitação voltada para atuar nas expressões da questão social que afetam a saúde.

O número de assistentes sociais na saúde mental tem crescido muito após a reforma psiquiátrica e com a implantação dos CAPS, pois a atuação desses profissionais é de suma importância para o serviço. A área de atuação vem se modificando ao passar dos anos.

De acordo com Rosa e Melo (2009, p.85);

A área da assistência social tem se alargado em direção à saúde mental, através de programas de abrigamento de idosos ex-moradores de hospitais psiquiátricos, população de rua com transtorno mental, mas fora de crise e mais recentemente, tem criado coordenadorias de dependência química, voltada para os adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas.

O campo do serviço social vem tendo uma amplitude cada vez maior, devido às questões sociais decorrentes do capitalismo. Cada dia uma nova demanda encontrando novos desafios que fazem da prática profissional um leque de oportunidades.

Os assistentes sociais dos CAPS atuam de forma interdisciplinar, trabalhando a reinserção social, trazendo de volta a autonomia dos usuários do serviço. Suas principais ações de acordo com o Congresso Catarinense de Assistentes sociais (2013) são:

(...) acolhimento, avaliação inicial, assembleias de profissionais, usuários e familiares; visitas domiciliares e institucionais; realização de estudos de casos com a equipe técnica e com a rede intersetorial; estudos socioeconômicos; encaminhamentos para diversos setores públicos, privados e não governamentais; elaboração de relatórios e pareceres; participação em reuniões internas e externas; atendimento individual e familiar; participação em oficinas e grupos terapêuticos; contatos e articulações com a rede de assistência social, previdência, saúde, educação, justiça, habitação dentre outras.

As necessidades de cada serviço têm suas particularidades que exige adequações. A relação interna de todos os profissionais influi na prática profissional do assistente social. Novos paradigmas vêm surgindo para todos os profissionais da saúde mental.

As múltiplas competências e atribuições para as quais é chamado a exercer no mercado de trabalho exigem uma interferência prática nas variadas manifestações da questão social, tal como experimentadas pelos indivíduos sociais. Essa exigência, no âmbito da formação profissional, tendeu a ser unilateralmente restringida ora aos procedimentos operativos, ora á qualificação teórica como se dela automaticamente derivasse uma competência para a ação. (IAMAMOTO, 2007, p.240)

Muito embora o assistente social não seja um profissional da área da saúde, tem um olhar diferenciado e contribuições importantes para a equipe. O desafio é construir algo de novo para dar direcionamento as diferentes intervenções. O profissional de serviço social dispõe observações e interpretações diferenciadas e muito particulares.

A trajetória deste profissional está sem dúvida ligada á questão social. E o trabalho do assistente social na saúde mental vem contribuindo no enfrentamento desta questão.

O Serviço Social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico, que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões da questão social se manifestam conforme o espaço sócio ocupacional do assistente social. (IAMAMOTO, 2008).

Nesse cenário, o qual ainda é novo para o profissional de serviço social, encontra-se em processo de construção. Na saúde mental é preciso resgatar os condicionantes do profissional neste campo.

Vale o destaque a Lei de Regulamentação da Profissão n.8662, de 7 de junho de 1993; o Código de Ética, resolução CFESS n.290; a resolução CFESS n.383/99 de 29 de março de 1999 que caracteriza o profissional de serviço social da área da saúde; resolução CFESS n.493/2006, de 21 de agosto de 2006, que dispõe das condições éticas e técnicas dos profissionais. (CRASSRJ, 2004)

Desse modo, o assistente social contribui para a oferta do serviço na saúde mental e em vários outros campos, pois existe uma pluralidade de entendimentos e ações que direcionam este profissional.

Sua identidade é construída nas relações sociais e a partir de cada demanda. Evidentemente que seu entendimento influi nessa construção.

O assistente social na saúde mental articula com os grupos de famílias, viabiliza os direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental, mobiliza recursos para a reintegração social do paciente e outros.

A exclusão social a qual tem sido submetida, historicamente, a pessoa com transtorno mental se traduz no imaginário social na expressão comum de que “lugar de louco é no hospício” e no estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social e seus familiares (ROSA, 2008).

No que tange o serviço, sem dúvida devemos observar a precariedade do CAPS com os atendimentos à população, um exemplo muito significativo é o número reduzido de assistentes sociais atuando na área além é claro, da falta de verbas que dificulta o serviço. A falta do Serviço social repercute na qualidade dos atendimentos prestados.

O movimento da reforma psiquiátrica possibilitou múltiplas inserções dos assistentes sociais. É importante à presença desses profissionais na saúde mental para diferentes ângulos, e para maiores entendimentos para o direcionamento das pessoas com transtornos mentais.

Após a criação do SUS e de todos os avanços, o campo de atuação do serviço social tem se ampliado cada vez mais, principalmente no que tange as políticas públicas, totalmente orientadas pela noção de direito social.

A importância deste profissional proporciona uma ampliação dos campos de atuação, bem como qualificando o serviço oferecido aos usuários da saúde mental no Brasil.

As lutas políticas e profissionais no cotidiano do assistente social são frequentes. Este profissional se diferencia dos demais com toda certeza, a partir dos seus conhecimentos de políticas públicas e dos direitos sociais, desta forma o enfrentamento da questão social é o objeto profissional e mais abrangente do Assistente Social.

3. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONQUISTA DE DIREITOS

Neste item abordaremos sobre a participação popular nas lutas pelas conquistas dos direitos e toda sua trajetória no Brasil. Faremos um breve comparativo da história dos grupos de usuários da saúde mental no Brasil com países desenvolvidos e com o capitalismo avançado no que consiste no envolvimento de usuários e da população na efetivação dos direitos básicos de cidadania. É de suma importância falar do surgimento dos grupos sociais de usuários de saúde mental, não só para os pacientes da saúde mental, mas também para toda a sociedade.

Os movimentos sociais tratam-se de uma ampla categoria que vão desde movimentos coletivos, até a ação de grupos sociais que buscam mudanças morais, éticas, culturais, legais ou até mesmo de caráter estrutural. Podemos ter como exemplo de movimentos o Movimento dos Sem Terras que lutam pela reforma agrária e vários outros que fazem com que a união de pessoas possa ter força para algumas conquistas nas causas.

A participação popular cumpre um importante papel ao que se refere à ampliação e garantia dos direitos sociais numa perspectiva de defesa da cidadania e do fortalecimento da sociedade. A ideia principal da participação é a sociedade como um todo, controlando o Estado e fiscalizando as políticas sociais.

Neste entendimento, historicamente falando sobre a saúde mental, os países mais desenvolvidos como Estados Unidos e Europa tiveram suas políticas voltadas para a proteção dos pacientes da saúde mental e toda a conjuntura de surgimento de grupos de usuários e os trabalhos assegurados pelo Estado. Segundo Vasconcelos (2010, p.70), nos Estados Unidos, os primeiros grupos de usuários de saúde mental surgiram nos anos de 1940. A participação de usuários e familiares americanos é bastante ativa quando se fala em busca de direitos, pois as políticas de proteção e os direitos dos usuários teve sua plena efetivação.

No que diz respeito à negação de trabalho aos usuários da saúde mental, na Suécia, onde estão os melhores exemplos, esquemas especiais de trabalho, o empregador recebe subsídios do governo e estes pagam um salário digno para as pessoas com transtornos mentais.

Segundo Bravo (2001) e Menezes (2010) na Europa, os usuários da saúde mental são vistos como pessoas mais sensíveis e a loucura como uma experiência radical. Não sofrem preconceitos e todos retornam para seus trabalhos sem nenhum estigma.

Diferentemente na América Latina, a autonomia e a independência desses indivíduos não são respeitadas. As políticas sociais são pobres, o que ainda adensa as desigualdades de classes.

No que tange as lutas sociais, essas em meados do século XX, em prol de melhorias trabalhistas, que eram organizações de trabalhadores em forma de sindicatos, só ganham força com os movimentos populares.

É inegável a importância dos trabalhadores na luta pela socialização da política, com os direitos civis, sociais e políticos e ainda temos muito a avançar para a efetivação dessas conquistas.

No âmbito da saúde mental, percebe-se que os grupos sociais tendem a lutar pelos seus direitos básicos. Somente agora, mas caminhando em passos lentos, que grupos de usuários estão sendo incluídos como organizações do terceiro setor.

Nossas políticas sociais tendem a ser predominantemente estatais, e só recentemente, em especial na última década, o chamado “terceiro setor” (ONGs, associações voluntárias e filantrópicas, etc.) vem se desenvolvendo e se constituindo também como produtor direto de serviços sociais mais apropriados a cada grupo específico de pessoas e necessidades socioculturais. (VASCONCELOS, 2010, p.76).

Para o autor, isso se deve a tardia participação popular em movimentos como o Movimento pela Reforma psiquiátrica, a qual trabalhadores e familiares reivindicaram sobre os maus tratos dentro dos hospitais psiquiátricos e sobre a falta de direitos dos usuários da saúde mental.

(...) Todavia, o movimento dos usuários constitui ainda um fenômeno recente no país, e a história nunca está inscrita de véspera e de forma definitiva apenas por suas condições estruturais, e sem dúvida alguma qualquer movimento social tem uma autonomia política relativa para imprimir sua própria direção dentro das possibilidades e constrangimentos estruturais. (VASCONCELOS, 2010, p.78).

Por se tratar de um fenômeno tão recente é que o número de grupos de usuários que se juntam em prol de uma mobilização para buscar a efetivação plena da cidadania ainda é pequeno e uma novidade para a sociedade.

Segundo Bravo (2001) e Menezes (2010), foram na década de 1990 que se obteve um recuo no processo de estabilidade política e a diminuição dos direitos sociais e trabalhistas. Houve um confisco das poupanças pelo governo Collor. Os negócios excluídos do governo levaram mais tarde milhares de pessoas às ruas pedindo pelo impeachment⁵ do presidente.

⁵ Impeachment: processo pelo qual presidente, governadores ou prefeitos podem passar se houver denúncia de crime de responsabilidade. Estes são investigados e destituídos de seus cargos.

Em se tratando da saúde mental, hoje no Brasil, há algumas associações e grupos com maioria mista, onde usuários, familiares e profissionais participam juntos. São associações não governamentais, como a associação de usuários familiares e amigos da saúde mental de Ouro Preto- ACOLHER, fruto da pesquisa deste trabalho, que se mantém geralmente pela confecção de objetos artesanais feitos pelos usuários, em busca de maior autonomia e de geração de renda para estes.

Antes do adoecimento, essas pessoas eram trabalhadores normais, os quais possuíam seus empregos, obtinham rendas para ajuda no sustento de suas famílias. Ao se constatar a doença, estes perdem seus empregos, são submetidos a tratamentos com medicamentos fortes nos centros de saúde mental, e assim ficam estigmatizados pela sociedade, perdendo seus direitos.

Assim se constata a importância dos movimentos sociais e das associações de usuários, que buscam acima de tudo, a luta pela igualdade de direitos e de direitos especiais como o suporte previdenciário e esquemas especiais de trabalho.

Acerca dos “direitos especiais”, Vasconcelos (2013, p.80) reflete:

(...) Em nome de que diferença os usuários em saúde mental merecem direitos, serviços e benefícios especiais? Isso é mais ou menos como um cobertor muito curto que, quando nos cobre o peito, nos descobre os pés: quando acentuamos a luta pelos direitos especiais, corremos o risco de acabar afirmando a diferença que justifica e alimenta o estigma e o tratamento “diferenciado” que a sociedade normalmente tem com o louco, ou seja, despotencializamos a nossa luta no campo dos direitos civis! Em outras palavras, estamos diante de conhecido dilema entre reivindicar cuidado e não querer o controle.

É a igualdade de direitos baseado no fato do tratamento diferenciado. Porém estes cidadãos que sofreram tanto com a represália nos hospitais psiquiátricos merecem todos os seus direitos assegurados, mesmo que esses direitos sejam especiais e específicos para a proteção e o cuidado destes.

A igualdade é um direito que, em tese, inclui todos os sujeitos, sem distinção. Contudo, os desafios teóricos e políticos para uma ampliação da cidadania é uma luta constante. No Brasil, o processo tardio de mobilização e reforma da saúde que culminou com o fim dos hospitais psiquiátricos e dos abusos que conformavam esse tipo de procedimento, dificulta ainda essa ampliação.

Dificuldade essa, ampliada ainda mais com o poder judiciário que priva esses sujeitos possuidores de direitos civis e políticos, onde o Estado passa a controlar essa pequena parcela da população. Os muros dos hospitais psiquiátricos foram substituídos pelas algemas dessa interdição.

No Brasil, a sociedade vê a saúde mental como algo sem grande importância. As pessoas adoecem e são levadas para os devidos tratamentos oferecidos pelo Estado, nos Centros de Atenção Psicossocial. É válida a luta dos ativistas dos movimentos sociais em busca da defesa, da autonomia e do retorno ao convívio social, mas ainda é bastante lento todo o processo de mobilização para a efetivação dos direitos.

De certo modo as alterações caminham em passos lentos. O Estado, de certo modo, priva ainda a liberdade, mesmo sem os hospitais psiquiátricos, fazendo com que as pessoas com transtornos mentais fiquem ainda desprovidas dos seus direitos, sujeitas a preconceitos da sociedade, além é claro de serem mantidas em tratamentos que se utilizam de clínicas psiquiátricas nos casos mais graves. A autonomia dessas pessoas ainda está a se tornar real.

Houve mudanças significativas no processo de desinstitucionalização. Os tratamentos não são mais feitos com o descaso dos hospitais psiquiátricos. As pessoas com transtornos mentais podem voltar ao convívio familiar e com a sociedade. Mas tem muito que ser mudado, começando por políticas mais efetivas garantindo direitos a estes.

Todas as mudanças existentes hoje foram devido à mobilização social, dando força aos usuários da saúde mental e dando maior firmeza aos grupos de usuários. Não é uma luta unilateral, mas é um movimento de todos que acreditam na melhoria sem preconceito, sem a estigmatização e sem os direitos violados.

Como ressalta Vasconcelos (2013, p.84):

Este constitui, a meu ver, um dos paradoxos mais fundamentais deste final de milênio no campo das políticas sociais e da conquista da cidadania, numa conjuntura mundial hegemônica pelo neoliberalismo e marcada pelo empobrecimento e desemprego de vastas massas populacionais. Tal dilema é ainda mais marcante no campo da saúde mental, que articula de forma complexa, conquistas necessárias no campo social e no campo da atenção psicossocial e social com o desenvolvimento de processos de subjetivação que busquem o máximo de autonomia, mas necessariamente implicando formas variáveis de normatização social. Isso é particularmente visível na medida em que a reinvenção da vida dos usuários nos processos de desinstitucionalização implica construirmos conjuntamente com eles alternativas de sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação etc., substitutivos à redução dessas esferas de vida que ocorre dentro dos asilos e instituições psiquiátricas convencionais.

Fazer a sociabilidade destes pacientes é necessário, pois são alternativas para a vivência destes, retornando para seus trabalhos e para o convívio social.

Daí a importância dos movimentos de usuários da saúde mental se afirmam através da história. Lutas constantes, auto identificação e no caso da saúde mental “sobreviventes da psiquiatria”. Estes são processos pelos quais essa parcela da sociedade viveu e ainda vivem para a busca dos direitos e de maior autonomia.

Tem como uma importante ajuda na luta, segundo Bravo e Menezes (2011, p.31), os Conselhos de Saúde que vieram para uma melhor democratização do Estado com a sociedade, atuam como direitos sociais e contribuem na luta pela democratização e transformação. Juntamente com os movimentos sociais, centrais sindicais e outros, tem por objetivo a luta pelo Sistema Único de Saúde, gratuito, estatal e universal, sendo um patrimônio dos brasileiros.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição Federal de 1988, logo é uma luta legal. A efetiva participação social é fundamental para a luta por melhores condições de vida.

Somente com as lutas sociais se é capaz de preservar e ampliar as conquistas da cidadania. As organizações de classe trabalhadora devem persistir na busca da igualdade, construindo alianças com outros setores da sociedade civil.

Sobre a saúde pública, foram com as lutas sociais que se conquistou o Sistema Único de Saúde, que é patrimônio do povo, e não podemos ficar apenas observando seu sucateamento. É preciso luta e participação da sociedade. As transformações em conjunto têm grandes profundidades e é possível a garantia de melhores efetivações.

Assim segundo Coutinho (2008, p.87),

A estratégia do proletariado, no “ocidente”, deve se basear numa “guerra de posições”, na conquista do máximo de espaços no interior da sociedade civil, já que só com o consenso da maioria, ou seja, com a hegemonia, é possível empreender transformações sociais em profundidade.

A sociedade civil é muito importante para a construção de um Estado. O Estado assegura o direito à propriedade privada, mantendo e organizada a ordem social produzida pelo desenvolvimento.

Logo a sociedade civil parcialmente se realiza no campo da universalidade, pois a totalidade dos direitos se vincula ao Estado. O Estado ordena e materializa ou não a universalidade dos direitos.

Para Marx e Engels (1993, p.53) a sociedade civil⁶ se define como a esfera da produção e da reprodução da vida material.

O Estado cumpre a universalidade de acordo com os interesses da classe dominante. São as relações de produção e reprodução através do trabalho. Tudo com intuito de interesses

⁶ Para Marx a sociedade civil e a estrutura econômica são a mesma coisa. “A estrutura social e o Estado nascem [...] tal e como atuam e produzem materialmente e, portanto, tal e como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressuposto e condições materiais, independentes de sua vontade.” (MARX e ENGELS, 1993, p.36).

de classes. Este Estado é a expressão das relações sociais de produção na sociedade capitalista.

O fim da repressiva do Estado só se deu com a luta de classes e a ditadura do proletariado. O homem se reúne em grupos que se organizam em prol de algo, e assim se distingue a participação popular. Nela, a sociedade se desenvolve como classe em busca da efetivação de algo.

O enfrentamento dessas questões é a união, ressaltando a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações.

Os movimentos sociais vieram para contribuir a defesa da cidadania. A união de forças para os movimentos, no caso os movimentos de usuários, torna a estigmatização da loucura cada vez mais enfraquecida, dando um alívio para todos os usuários da saúde mental. Mas a luta tem de continuar, e a união de mais pessoas é o melhor caminho.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil vem sofrendo ataques, no que tange a conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, pois este vem apresentando um recuo na articulação política. Desgastes das políticas sociais, falta de investimentos, a luta se torna mais que necessária para a viabilização do direito a saúde, habitação, educação e outros direitos adquiridos com a Constituição de 1988.

Ainda que não se possa ter a forma e o tempo certo em que as mudanças se farão, cabe a união para a construção de uma sociedade mais forte, cientes de que é ainda nos marcos da ordem existente do capitalismo que se encontrarão elementos da mudança.

3.1 A ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS DE OURO PRETO

Com o intuito de superar a história escrita através de luta e sofrimento, é que existem as associações de usuários da saúde mental. Sente-se a necessidade de mobilização social para maiores apoios. É muito mais além do tratamento, busca-se a igualdade social.

A mobilização social é importante não só para os usuários, mas também para as famílias que também necessitam de apoio. As ruas são espaços de ocupação, de manifestação e de reivindicação dos direitos. Como cidadãos devemos nos fortalecer, buscando a democracia e construindo uma sociedade melhor.

Em se tratando dos usuários da saúde mental, ainda são estigmatizados. Os “loucos” não servem para o trabalho e assim não servem para o convívio social, logo são destituídos de sua condição de cidadania.

Todo esse processo de busca de direitos das pessoas com transtornos, onde muitos parentes os privam do direito de conviver normalmente em sociedade, tem medo do sofrimento que estes pacientes possam ter ao estar junto com outras pessoas, sofrendo preconceitos.

A maioria dos familiares se tornam cuidadores, tendo que administrar medicamentos, benefícios, etc, e também tem de largar seus empregos devido a grande carga. Essa administração dos benefícios se constrói por meio de um processo judicial, o qual se priva o sujeito dos direitos.

Segundo Barison e Gonçalves (2016, p.41),

Os muros dos hospícios foram substituídos pelas invisíveis amarras da interdição civil, o que não alterou a condição de cidadania do louco conforme almejado pelo movimento da reforma psiquiátrica. Tal transferência de responsabilidades configura, no nosso entendimento, uma face do fenômeno da judicialização da questão social.

Nessa percepção da loucura, a doença toma o espaço e anula qualquer outra característica deste sujeito.

As famílias ficam com a “carga” mais pesada, pois estes agora tem ter todo o cuidado com estes usuários da saúde mental. Sendo assim, as famílias, que são a grande maioria as que cuidam destes pacientes, estão submetidas a situações de pobreza, o que constitui como expressão da questão social.

Para as famílias dos usuários, muitas adoecem simplesmente pelo fato de não conhecer a doença, além de terem que organizar suas vidas em função das necessidades destes. O convívio com o usuário se torna estressante, pois este exige cuidados.

Outras expressões da questão social foram identificadas no bojo da leitura dos processos judiciais postulados por familiares das pessoas com transtornos mentais: o isolamento social, a precariedade de vínculos familiares e sociais, a permanência nas ruas, a violência doméstica, o precário acesso e permanência nos serviços de saúde mental. (Barison e Gonçalves, 2016, p.57).

Essa sobrecarga cotidiana que envolve aspectos emocionais leva ao adoecimento das famílias e a dificuldades financeiras os quais não estão preparados psicologicamente para essa situação. Por isso é muito importante à participação das famílias junto ao CAPS para o entendimento e troca de experiências.

Com a participação das famílias na associação dos usuários poderia entender o adoecimento e também os usuários de que nada possa interferir ao retorno do convívio social e ao mercado de trabalho.

E é nessa busca de direitos que ainda são tirados, que a participação das associações como fonte de reivindicação da cidadania, se constrói a luta. Buscando mais associados, não somente usuários, mas também familiares, trabalhadores da saúde mental e toda a sociedade para unir forças.

E é com tamanha importância que o grupo de usuários da cidade de Ouro Preto, chamada de ACOLHER- Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental, lutam pela socialização e a busca dos direitos destes.

A ACOLHER existe desde 2015 e engloba toda a rede de saúde mental, funcionários e pacientes que se encontram no quadro estável. É uma associação não governamental e sem fins lucrativos, busca o fortalecimento e a consolidação dos direitos, fazendo a inclusão dos pacientes na sociedade e no mercado de trabalho.

A Associação de Usuários e Familiares da Rede de Saúde Mental de Ouro Preto – ACOLHER, conta atualmente com a participação dos CAPS de Ouro Preto; o CAPS1 o CAPSAD e o CAPSi. A Associação oferece cursos visando geração de renda e treinamento de habilidades, dentro da abordagem de Empreendedorismo Social. O encaminhamento dos usuários e familiares acontece através dos Serviços de Saúde Mental de Ouro Preto: oficinas de patchwork, decoupage, cerâmica, tapete de retalho e crochê.

A ACOLHER propicia um espaço de discussões, buscando o fortalecimento e consolidação dos direitos obtidos e promovendo além da geração de renda e inclusão dos usuários da saúde mental no mercado de trabalho, a reabilitação psicossocial. Busca promover a inserção do usuário no âmbito social e o oferecimento de oficinas como uma possibilidade de geração de ocupação e renda.

Os usuários participantes fazem artesanatos e confecções de blocos para anotações para geração de renda, sendo todos vendidos em feiras de artesanatos, fóruns ministrados pelo CAPS, etc. Buscam também pelo fortalecimento, consolidação dos direitos e a reabilitação psicossocial através da convivência com a sociedade.

Muitos não conseguem retornar ou arrumar novos empregos, devido ao preconceito que sofrem, e as oficinas geram uma renda mínima para suas sobrevivências.

De fato a estigmatização é frequente na vida dessas pessoas. O sofrimento causado pelo adoecimento, e o afastamento do convívio social, leva ao agravamento da doença, sendo impossibilitados de retornarem ao trabalho.

Com a estigmatização da loucura, várias abordagens necessitam serem revistas como a desvalorização social dos usuários com menos controle sobre esses indivíduos, mais liberdade de escolha, etc. Estratégias como essas, implicarão para uma maior força aos usuários da saúde mental e aos movimentos sociais do país que lutam pelo direito igualitário e sem distinção.

A associação tem como intuito principal, fazer com que usuários e familiares tornem o adoecimento e todas as suas consequências, sejam um pouco mais leve. Lutar pelo ideal de sobrevivência através dos direitos une pessoas.

Sendo assim, para o engrandecimento dessa luta vários encontros nacionais são feitos como o “18 de maio” em que se comemora a Luta Antimanicomial, o qual usuários, familiares, profissionais e aqueles que acreditam na causa, debatem melhorias para a saúde, buscando direitos especiais, trocando estímulos.

Também são feitos mensalmente em Belo Horizonte o Fórum Mineiro, que discute a saúde mental no estado. Esses encontros servem para discutir opiniões de usuários de todos os CAPS sobre vários entraves da política de saúde e a saúde mental.

As reuniões também seriam um alívio da sobrecarga para as famílias, pois poderiam entender outros familiares através de conversas e ver usuários estáveis que lutam pela igualdade de direitos e por não serem mais estigmatizados, além também de ajudar nas oficinas.

O preconceito é ainda uma situação retrógrada, mas vivida constantemente na vida das pessoas com transtorno mental, o que marca para sempre a vida desses cidadãos. A luta é vivida todos os dias para tornar o peso desse estigma, um pouco mais leve.

A demanda é grande e a necessidade de mobilizar mais pessoas se torna cada vez maior, para dar mais voz aqueles que têm seus direitos subtraídos. O poder de representar ideias e opiniões pode exercer influências através da força coletiva.

3.2 MOBILIZAÇÃO SOCIAL E O ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS

Este item é de suma importância, pois este é a fase qualitativa da pesquisa. Esse caminho buscou compreender o processo de mobilização das associações de usuários

juntamente com as instituições de saúde mental e a sociedade, buscando a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Na saúde mental o modelo hospitalocêntrico é ainda bastante questionado por todos e sendo substituído por uma nova forma de cuidado com a ajuda dos familiares, fazendo com que as pessoas com transtornos mentais retornem ao convívio familiar.

Nessa perspectiva, antes de se entender todo o processo da mobilização através da associação e da participação das famílias, é preciso compreender que a reforma psiquiátrica tem sua própria história inscrita na superação de violência asilar. A reforma psiquiátrica é um processo político e social, marcado por tensões e desafios.

De acordo com Saraceno (1999, p. 112),

Um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogos são muitos e reciprocamente multiplicantes.

Muitas são as variáveis que perseguem as pessoas com transtornos mentais, que são questionadas pela sociedade como: o nível de capacidade intelectual, sua condição de convivência, e os direitos desiguais os quais se perdem com o adoecimento.

Telles (1999, p.94) cita muito bem isso;

[...] Direitos que recriam desigualdades, pela sua vinculação profissional são também direitos que não se universalizam e sobrepõem às diferenças sociais, uma outra clivagem que transforma em não cidadãos os que escapam às regras de contrato. Esses são os não iguais, os que não estão credenciados à existência cívica justamente porque privados de qualificação para o trabalho.

O processo da Reforma Psiquiátrica foi e ainda é um grande desafio, porém, muito importante para as pessoas com transtornos mentais, familiares e todos os trabalhadores de saúde mental.

O Brasil é um país de larga extensão territorial, com 200 milhões de habitantes, no qual ainda persistem, apesar dos avanços inegáveis, graves situações de iniquidade social e econômica. Após mais de duas décadas submetido a uma ditadura civil-militar, o país vive, desde a Constituição de 1988, uma democracia, com instituições políticas, jurídicas e da sociedade civil em processo de consolidação. (FUNDAÇÃO FIOCRUZ, 2015 p.8)

Sobre o processo de desinstitucionalização, este foi lento e gradual, porém um processo histórico e muito importante. Instrumento de reconstrução pessoal, de “cura” e sociabilidade.

Com todos os desafios e falta de direitos é que se vê a importância da luta pela efetivação da cidadania. Uma luta feita com a união da sociedade e dos familiares que se traduz em forma de igualdade.

A partir do exposto acreditamos que é de suma importância a valorização e inclusão dessas pessoas com transtornos mentais através de associações para geração de renda e inclusão dos pacientes no mercado de trabalho.

Este projeto vai além da mobilização, busca saber sobre o real conhecimento dos familiares sobre a importância das associações na vida dos pacientes da saúde mental e a falta de interesse dos familiares para se juntar ao movimento.

O projeto de Mobilização Social da Saúde Mental é muito importante não só para usuários, mas também para toda família e para aqueles que acreditam que mobilizar é assegurar direitos e dar aquele que viveu discriminado e preso dentro dos hospitais psiquiátricos tenham hoje a importância que neles foram tirados.

(...) Todavia, o movimento dos usuários constitui ainda um fenômeno recente no país, e a história nunca está inscrita de véspera e de forma definitiva apenas por suas condições estruturais, e sem dúvida alguma qualquer movimento social tem uma autonomia política relativa para imprimir sua própria direção dentro das possibilidades e constrangimentos estruturais. (VASCONCELOS, 2010, p.78).

Hoje se constata claramente a necessidade da inclusão dos pacientes da Rede de Atenção Psicossocial, na verdade uma emergência de associações, para que estes pacientes sejam inseridos na sociedade novamente, como associações de usuários e familiares no Brasil.

As políticas sociais são predominantemente estatais, sendo recente a presença de entidades do chamado terceiro setor, esta tendo destaque. Apenas agora pode se visualizar a possibilidade de organizações de usuários podem ser incluídos nas organizações não governamentais custeadas pelo estado para dar suporte aos serviços de saúde mental.

A avaliação quantitativa concentrou-se nas reuniões dos familiares no Centro de Atenção Psicossocial 1 da cidade de Ouro Preto. A coleta de dados foi feita no dia 11 de Julho de 2017, às 14:30 no local, tendo a duração de uma hora. Para tanto utilizou-se a entrevista composta por cinco questões, exigindo a análise com a obtenção de dado.

O assunto foi discutido com a assistente social do CAPS1 e com os membros da Associação dos Usuários do serviço, com o intuito de informar sobre a importância e do apoio dos familiares na busca por direitos através das mobilizações.

As questões elaboradas tiveram como ponto de partida as vivências como estagiária de serviço social do Centro Atenção Psicossocial e reflexões de pesquisas interdisciplinares sobre as mobilizações sociais da saúde mental, como as mobilizações de usuários através das associações, intermediadas pelos CAPS.

Houve uma participação nas reuniões quinzenais da associação ACOLHER- Associação de Usuários Familiares e Amigos da Saúde Mental de Ouro Preto, existente desde

2015, engloba toda a rede de saúde mental, funcionários e pacientes que se encontram estáveis.

É uma associação não governamental, sem fins lucrativos. A associação busca o fortalecimento e a consolidação dos direitos, fazendo a inclusão dos pacientes no mercado de trabalho, promovendo geração de renda para estes.

A importância das associações na vida dos pacientes da saúde mental deve ser discutida sempre com os familiares e com toda a sociedade. Sendo assim, para promover e para a verificação do conhecimento sobre a existência da associação, foi feita uma pesquisa no grupo de família, que acontece nas segundas terças-feiras de cada mês no CAPS1 em Ouro Preto.

Os participantes da pesquisa eram familiares ou cuidadores dos pacientes do CAPS1 de Ouro Preto. Na reunião do Grupo de Família inicialmente eram cinco familiares participantes, mas para a pesquisa apenas três concordaram em responder as perguntas elaboradas.

Como apontamos em nossos estudos, compreendemos a importância da mobilização através da associação para uma futura geração de renda para estes usuários que sofrem preconceitos poderem voltar ao mercado de trabalho, a busca pelos seus direitos políticos, civis e sociais e a cidadania. A participação popular, conscientização e humanização são imprescindíveis para o fortalecimento da saúde mental.

É de grande importância a participação das famílias nas associações, para que estes além de acompanhar seu familiar usuário do serviço nas reuniões e nas oficinas oferecidas pelo CAPS possam trocar experiências com outros familiares.

Ao se conviver diretamente com esses usuários da saúde mental e que ainda estão em tratamento e seus familiares participantes do Grupo de Família, se pode perceber a necessidade de mobilizar mais pessoas para a associação e a família é o primeiro caminho para se obter conquistas.

Para a pesquisa iremos chamar as participantes de A, B e C, já que estas não querem se identificar neste projeto. Das participantes da pesquisa, duas não possuem o ensino fundamental completo, mas sabem ler e escrever. Uma participante nunca estudou e sabe apenas assinar o nome.

Logo, a pesquisa foi feita como uma entrevista, onde a cada pergunta feita elas respondiam e tudo era anotado. As participantes eram duas mães e uma era mulher de pacientes do serviço.

Em um primeiro momento houve a apresentação de todos os participantes do grupo, familiares, Assistente social, Psicólogo, Médica e estagiárias.

No segundo momento houve uma breve indagação da médica falando sobre o adoecimento, logo depois foi falado sobre a associação dos usuários da saúde mental de Ouro Preto – ACOLHER. Após isto todos os funcionários participantes saíram e aqueles que não gostariam de participar, ficando apenas aqueles que gostariam de responder a pesquisa. Logo foram feitas perguntas às famílias:

Ao se perguntar sobre a importância das famílias na vida cotidiana faz parte do processo terapêutico do usuário da saúde mental. A falta de envolvimento das famílias é um fato constatado. Porque vocês acham que há esse pequeno envolvimento das famílias, já que o número de pacientes é crescente?

A participante A fala sobre a falta de informação quanto à doença em si e todo o processo de adoecimento que é bastante sentido pelas famílias. Elas sentem medo e preferem ficar reclusas diante de tal situação. Sabem da importância das famílias no envolvimento no tratamento, e que essas também demoraram a participar. É um processo lento para a assimilação das famílias porém é essencial.

A participante B diz que a falta de entendimento sobre o adoecimento é o grande fator para a não participação das famílias na vida de cada usuário.

A participante C não soube responder esta pergunta.

Foi perguntado também sobre o envolvimento das famílias, se fosse mais assíduo esta participação, não haveria a necessidade de internação psiquiátrica?

A participante C diz que sim. “Se cada familiar se envolvesse mais, com toda certeza seus parentes usuários não necessitaria de internações psiquiátricas”. Acha que a maioria dos internamentos é devido à falta de assistência da família. No caso de seus familiares, não necessitam de internações, depois do envolvimento da família, se encontram estáveis na doença.

A participante A concorda com a afirmação da participante C e diz que a causa das internações é devido à falta de envolvimento da família e o preconceito da sociedade.

A participante B diz que o preconceito vem mais de casa do que propriamente de fora, por isso a não participação das famílias.

Também foi indagado sobre a importância dos grupos de família e dos grupos de usuários para eles e se eles conheciam este ultimo?

A participante B diferencia os dois grupos dizendo que os grupos de família servem para um apoio não só aos usuários da saúde mental, mas também para as famílias serem ouvidas para

também não adoecer. Os grupos de usuários servem para um acolhimento para o melhoramento deste usuário diante a sociedade, para eles mesmos se sentirem como pessoas possuidoras de direitos. Diz também que não conhecia o grupo de usuário existente em Ouro Preto.

As participantes A e C também não conheciam o grupo de usuários e que acham importante para estes usuários se sentirem mais valorizado diante a sociedade.

Foi perguntado também se eles acham que as associações de usuários seriam como uma “porta voz” de suas reivindicações?

Todos tiveram a certeza desta importância e disseram que sem a união não se pode ter voz, não podem ser ouvidos enquanto usuários da saúde mental. As associações são como porta voz para a busca da efetivação dos direitos. Para a participante A “a participação de todos é fundamental, e que no país em que vivemos sem a reivindicação dos direitos, sem luta não existirá direitos”. A participante B diz que “ela acredita na importância das associações que vai muito além de um lugar para eles fazerem seus trabalhos como nas oficinas que são ofertadas, mas servem para poderem lutar por uma causa maior”.

A última pergunta e também a mais importante para este trabalho foi respondida por todos os participantes que quiseram participar desta pesquisa, a qual foi perguntado se eles acham importante a participação de familiares e a sociedade nestas associações para mobilizar e construir uma maior autonomia e a efetivação dos direitos.

A participante B respondeu que sim. Para ela quanto mais pessoas participarem, mais força se ganha. “A busca pelos direitos é uma busca constante”. Não se sabia da associação de usuários por falta de maiores informações, mas que as famílias ali presentes, gostariam sim de participarem para dar um apoio maior e que se necessário fazer a luta conhecida por todos. Também gostariam que mais usuários pudessem participar, porque sabem da importância das associações na vida desses usuários, para o melhoramento destes. “A sociedade também deve dar o seu apoio, para buscar mais direitos e para que esses não sejam estigmatizados”.

A participante A diz que sim, que as associações servem também para a estabilidade das doenças, acredita que é fundamental para eles se manterem firmes ao tratamento feito pelo CAPS. Gostaria também de participar como ouvinte das reuniões. “Acredito no poder das associações, elas fazem a luta ganhar maiores evidências. Sem luta não há conhecimento da causa, e a participação de todos é fundamental”.

A participante C diz que não conhecia a associação e que também acha muito importante na vida dos usuários do serviço. Diz que “a participação de todos para a efetivação dos direitos

para os pacientes da saúde mental, é também uma luta pela efetivação dos direitos de todos, pois todos são iguais”.

O questionário permitiu abordar fatos e obter respostas para indagações observadas no processo da Reforma Psiquiátrica. A mobilização social⁷ é necessária, porém deve ser feita de forma onde a união da sociedade para que a mobilização passe a ter grande importância e maior voz.

Por falta de maiores participações nesta pesquisa, esta não foi estendida devida á falta de tempo, já que se teve apenas 1 hora para a apresentação dos trabalhadores no início da reunião e a abordagem com a pesquisa no final.

É notório que a falta de conhecimento da existência da associação é indagada por todos os participantes, mas todos veem a importância desta na vida de cada paciente do serviço.

A falta de informação é notória, talvez pela não divulgação dos profissionais da saúde mental nos grupos de família. Todos os familiares sentem dificuldades para lutar pela efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, frequentando o grupo de usuário, justamente pela maioria serem mulheres participantes, todas tem de fazer trabalhos dentro de suas próprias casas no dia a dia, cuidar de filhos, etc.

Acredito que a falta de tempo e a falta de informação, também devido à falta de conhecimentos de todos os familiares no que cerne a luta antimanicomial é bastante notória. Tudo isso influencia para a não participação das famílias nas associações dos usuários.

A inserção da família é elemento indispensável para a Reforma Psiquiátrica como um todo. Nessa dinâmica, conhecer e entender o porquê da não participação das famílias para uma mobilização juntamente com os usuários é de suma importância para se ter ao certo um direcionamento para futuros estudos e até mesmo para os trabalhadores da saúde mental discutir o caminho.

A importância da Reforma Psiquiátrica foi uma grande vitória também para as famílias, pois estas passaram a ser um elemento primordial para o tratamento dos pacientes.

Quanto ao Estado, este deveria garantir os direitos sociais através das políticas públicas de caráter universal, mas a insuficiência da efetivação desses direitos faz com que as pessoas com transtornos fiquem totalmente desprotegidas.

⁷ Mobilização Social: É a união de pessoas na luta por algo. No caso da saúde mental, é a união de pessoas para a efetivação plena dos direitos.

Sem direitos, é necessária a busca através de mobilizações com a junção de toda a sociedade. Mas a participação da sociedade em mobilizações de cunho social vem sendo cada dia diminuída pela falta de interesse da sociedade. A busca por efetivação é vivida por uma pequena parte da sociedade, justamente aqueles estigmatizados são os que lutam e reivindicam a igualdade de direitos, mas isso deveria ser dever de todos.

É certo que o questionário foi um elemento estruturado de investigação, pois recorta a realidade da participação dos familiares e da sociedade nas associações de usuários da saúde mental.

Este estudo permitiu aprender que a família está prevista na Reforma Psiquiátrica, mas esta não foi totalmente incorporada na saúde mental. A relação do serviço com a família ainda é bem robotizada, pois não há diálogo para a compreensão real dos grupos de usuários.

É preciso entender todo o comportamento do familiar e todas as adversidades que estes enfrentam. Porém a família não é somente um instrumento de suporte, deveria ser um instrumento ativo no cotidiano fora dos centros de saúde mental.

Nesse sentido é necessário que toda a equipe profissional não a veja somente como suporte, mas também como ajuda para dar voz ao luta da psiquiatria e principalmente aos pacientes do serviço.

É ilusório pensar que a estratégia de resistência da reforma psiquiátrica pode ficar restrita ao plano de gestão. Esse movimento é de resistência em defesa da sociedade sem manicômios, da liberdade, e da democracia.

Este estudo é de suma importância para torna-se referência e para futuramente subsidiar estratégias e alternativas para uma maior mobilização social e gerar novos estudos para essa temática.

4. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho foi motivada por algumas indagações surgidas no processo de estágio que realizei. A principal era sobre o quanto a mobilização social é importante para seguir a luta antimanicomial com a efetivação dos direitos sociais. Este estudo buscou atingir os seguintes objetivos: entender a não participação das famílias nas associações de usuários e se identificar se as famílias compreendiam o trabalho feito nessas associações e de sua existência na cidade de Ouro Preto.

Nessa perspectiva, pretende-se contribuir para futuros projetos/trabalhos mais aprofundados neste assunto, uma vez que consideramos o processo de mobilização social no Brasil tardio em relação a outros países. Este método de análise, ao considerar a mobilização social como a forma mais eficaz para se manter a cidadania, permite compreender as relações sociais, neste modelo de sociedade.

A partir de levantamentos históricos sobre a luta antimanicomial, a qual sem dúvida teve uma transformação nas lutas de movimentos sociais, na política de saúde mental e de assistência psiquiátrica. Percebe-se que tal luta defende a transformação da loucura, buscando a inserção dessas pessoas na sociedade, sem discriminação.

Contudo, ao iniciarmos este estudo de mobilização na saúde mental através de associação, tivemos algumas contribuições de alguns pensadores, as quais pareciam caminhar na mesma direção deste trabalho. Diante disso, alguns questionamentos vieram à tona, como exemplo: porque não há um envolvimento maior das famílias nas reuniões da associação de usuários? Qual a importância das famílias e da sociedade nas associações para a busca por direitos? Procuramos analisar cada resposta e se houve alguma similaridade e diversidades nas respostas.

Houve similaridades nas respostas e foi notória a falta de informação e também a falta de tempo, talvez a algumas ocupações como trabalhos dentro ou fora de casa, das famílias se envolverem. Há ainda um agravante, pois o serviço de saúde mental tem dificuldade de dialogar com as famílias.

A luta pela criação e aprovação da Constituição de 1988, foi uma luta pelo reconhecimento legal da cidadania. Entretanto essa luta limita-se a defender o “louco” como ser igual, permitindo assim as diferenças.

O que se pode observar é que, de forma geral, os movimentos da Luta Antimanicomial existentes na época, que lutam pela efetivação dos direitos sociais, hoje se

encontram esquecidos. O que se busca são mudanças, entre a loucura e a sociedade, no sentido de romper com a cultura estigmatizante.

Pode-se inferir, com isso, que reivindicações e lutas em defesa da transformação social, tenham como finalidade a inclusão do “louco” na sociedade. O movimento da luta considera que além dos direitos universais, as pessoas com transtornos mentais, necessitam de direitos específicos. Mas como lutar se há dificuldades encontradas para se mobilizar?

O que queremos é que as reivindicações sejam somadas, é o reconhecimento de que sem mobilizar não há efetivação plena dos direitos. É, portanto, nesse sentido, que afirmamos a necessidade da mobilização social para a ampliação dos direitos, assim a luta não fica dissociada no modelo de sociedade a qual estamos inseridos, poderemos então construir uma nova sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Daniela Abreu; BRESSAN, Claudete Marlene. **A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos.** Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 17, n.2, p.108 - 124, Jan. /Jun. 2015.

BARBOSA, R.N.C; CARDOSO, F.G; ALMEIDA, N.L.T. **A categoria “processo de trabalho” e o trabalho do assistente social.** Revista Serviço Social e Sociedade, n58 p.109-130, 1998.

BARISON, Mônica Santos; GOLÇALVES, Rafael Soares. **Judicialização da Questão Social e a Banalização da Interdição de Pessoas com Transtornos Mentais.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 125, p. 41-63, jan./abr. 2016.

BISNETO, José Augusto. **“A análise Institucional no processo de renovação do Serviço Social no Brasil”.** In: Vasconcelos, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** 1edição. Brasília, DF: MS, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A participação popular e controle social na saúde.** Rio de Janeiro, Setembro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, 2009.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade.** In: _____ **Contra a corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000, p.49-69.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política:** A dualidade de poderes e outros ensaios. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CRESSRJ. **Atribuições privativas do assistente social e o “serviço social clínico”.** Rio de Janeiro: CRESS, 2004.

EAGLETON, Terry. **Marx e a Liberdade.** São Paulo: Unesp, 1999.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 3, 1997, Porto Alegre, RS. Relatório Final. Porto Alegre. **Secretaria Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial**: Fórum Gaúcho de saúde mental, 1997.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL,4, 1999. Peripueira, AL. Relatório final. Maceio; Secretaria Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial/Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas, 1999.

FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Seminário Internacional de Saúde Mental. **Desinstitucionalização e Atenção Comunitária**: Inovações e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro, Março de 2015.

IAMAMOTO, M.V. **Projeto profissional**: espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: Atribuições privativas do(a) assistente social em questão, Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. 34 ed. 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: Ensaios críticos. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: Capital financeiro, trabalho e questão social. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LIMA, Maria José Girão. **A prática do Assistente Social na área da saúde mental**: uma análise centrada na cidadania dos usuários. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina, 2004.

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. **Saúde e Democracia**: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, Graziela Scheffer. **O trabalho do Serviço Social nos CAPSs**. Revista Textos & Contextos.v.8, n2, p.241-254. Porto Alegre, jul./dez. 2009.

MARSHALL, T.H. **Cidadania e classe social**. In:_____ **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã: (I – Feuerbach)**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. ed:70. Lisboa, 1964.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política, Vol 1**. 22. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

MÉSZAROS, Istvan. **Marx: a teoria da alienação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Março, 2014.

RAICHELLIS, Raquel. **O serviço social no Brasil**. Textos publicados originalmente na Agenda CFESS. 2006.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, L.C.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, Dez. 2009.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses**. Serv. Soc. Soc. N114, p.311-331. São Paulo, abr./jun. 2013.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. **Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: BIZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1992.

SHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. Serv.Soc. n118. P366-393. São Paulo, abr/jun.2014.

SILVA, Alessandra Ximenes. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso.** R. Katál. v. 17, n. 2, p. 159-166. Florianópolis, jul./dez. 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** Salvador: EDUFBA, 2006.

TOMAZ, Cristiane. **A cidadania do Louco: um debate necessário para compreensão da direção teórico-política da luta Antimanicomial.** 2009. 199 pág. Mestrado de saúde mental. Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde mental e Serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VÁZQUEZ, Adolfo S. **As Idéias Estéticas de Marx.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

_____. **Filosofia da Praxis.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

VÁZQUEZ, Adolfo S. **Ética e Política.** In: BORON, Atílio A. (org.). **Filosofia Política Contemporânea: controvérsias sobre civilização, império e cidadania.** P. 297-306. São Paulo: CLACSO, 2006.

