

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**JULIANE PASQUALETO**

**A DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO NA CONTINUIDADE DO  
TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DO RESIDENCIAL NOVA VIDA**

**PORTO ALEGRE**  
**2014**

**JULIANE PASQUALETO**

**A DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO NA CONTINUIDADE DO  
TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DO RESIDENCIAL NOVA VIDA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como  
requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social pelo curso de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul -  
UFRGS.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Míriam Thaís Guterres Dias**

**PORTO ALEGRE  
2014**

**JULIANE PASQUALETO**

**A DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO NA CONTINUIDADE DO  
TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DO RESIDENCIAL NOVA VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup> Míriam Thaís Guterres Dias, UFRGS.  
Orientadora**

---

**Prof<sup>ª</sup> Alzira Maria Baptista Lewgoy, UFRGS.  
1<sup>ª</sup> Examinadora**

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos trabalhadores e trabalhadoras que, partindo do movimento concreto, se colocam em luta para a construção da sociedade socialista, entendendo que esse é o modo para a emancipação humana.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente às pessoas fundamentais na minha vida que possibilitaram e incentivaram minha entrada e minha sobrevivência na Universidade, com muito amor e carinho, meus pais: Vera e Batista. Agradeço à Kellen, minha irmã, companheira e amiga, pela dedicação na transformação do mundo, contribuindo substancialmente na minha inserção na militância e pelas nossas trocas que fundamentaram minha escolha pelo Serviço Social. Ao meu irmão Alessandro, por fazer-me questionar meus sentimentos buscando o sentido da vida, compondo a minha visão de mundo – a qual é parte da minha existência.

Agradeço às minhas tias/mães: Lilia e Lu pelo carinho, amor e cuidado com a família.

Às amigas e aos amigos de infância e também àqueles que ao longo da vida eu tive o prazer de compartilhar muitos momentos marcantes: agradeço por serem presentes e por acompanharem, contribuírem e respeitarem as minhas transformações nessa caminhada (Paula, Vavá, Monique, Dodo, Anie, Pri, Nina, Leo e Francisco).

Agradeço ao Projeto Educacional Alternativa Cidadã pela grande contribuição no meu ingresso à UFRGS e pelas pessoas admiráveis que conheci neste percurso.

Sou grata aos colegas do Serviço Social, principalmente à primeira turma do curso com a qual tive momentos que produziram grandes transformações. Agradeço a existência do lindo Clã e do Bonde andando, o qual foi um suporte emocional nesta caminhada, possibilitando trocas que serão sempre lembradas com amor e risadas.

Agradeço àqueles que de alguma forma se sentem ou se sentiram participantes do Centro Acadêmico de Serviço Social – CASS, que constituiu meu percurso militante. Agradeço ao Gui pela camaradagem, amizade e amor; à Nega Lisa pela parceria e grande amizade; à Bárbara S. pela sensibilidade, camaradagem e trocas. Junto a esses, agradeço ao grupo mais “lindezo” do Serviço Social, que é o Sesó zoeira, pela alegria e energia que transparecem de forma muito verdadeira (Carol, Fer, Lu, Carina e Nicolas).

Agradeço ao coletivo Outros Outubros Virão, que é composto por indivíduos os quais compartilham um projeto de vida coletivo com vistas à superação da exploração de classe de forma a tentar superar cotidianamente a superficialidade das relações sociais, ressignificando a palavra “camarada”. Em especial ao núcleo Porto Alegre (Bru, Mari, Báh, Thai, Lu, Duda, Lari, Maneco, Nelson, Sebá, Fer. Bru H.).

Agradeço ao Residencial Terapêutico Nova Vida, que me acolheu e possibilitou intensas aprendizagens no processo de estágio obrigatório. Em especial, agradeço à Supervisora de Campo Maria da Graça Correa Weber, que de modo muito acolhedor contribuiu fundamentalmente para meu processo de formação.

Agradeço aos professores do curso de Serviço Social e aos outros trabalhadores do Instituto de Psicologia por oferecerem as condições necessárias para minha formação. Agradeço especialmente à professora Alzira Lewgoy, que acompanhou importantes momentos da minha trajetória acadêmica, acolhendo os diversos sentimentos que perpassaram esse processo. Agradeço à professora Míriam Dias que, com toda dedicação e paciência, orientou este trabalho, fazendo-me sentir tranquila e potencializando este momento rico que é a escrita de um Trabalho de Conclusão de Curso.

*“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”.*

*(Franco Basaglia)*

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto principal a temática da Saúde Mental e a sua relação sócio-histórica com o processo de lutas de classes no Brasil. O interesse pelo tema deu-se em decorrência do processo de Estágio Obrigatório em Serviço Social, realizado de abril de 2012 a julho de 2013 no Residencial Terapêutico Nova Vida, sendo este um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Elucida-se o percurso da Saúde Mental desde os primórdios do sistema capitalista, de forma a aliar os processos inseridos em diferentes conjunturas na perspectiva de totalidade. Buscou-se trazer elementos da realidade brasileira desde o início da industrialização e, portanto, do conflito de classes, para correlacionar a luta dos trabalhadores com as conquistas no âmbito da Saúde e Saúde Mental. Por fim, remete-se à realidade dos trabalhadores no Residencial Terapêutico Nova Vida, bem como à realidade dos usuários que moram nas pensões privadas, com base nas experiências vividas no Estágio Obrigatório.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Luta de Classes. Desresponsabilização. Estado.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA .....</b>	<b>11</b>
2.1 O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais.....	11
2.2 História da Loucura no contexto do desenvolvimento capitalista.....	19
<b>3 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO .....</b>	<b>27</b>
3.1 O papel do Estado no contexto da luta de classes pré e pós Constituição Federal ...	27
3.2 A trajetória da política de Saúde Mental no Brasil e no RS – reforma psiquiátrica..	38
3.3 O Residencial Terapêutico Nova Vida como precursor no processo de efetivação da política de saúde mental em Porto Alegre .....	45
<b>4 AS CONTRADIÇÕES DO TRABALHO NO RESIDENCIAL NOVA VIDA A PARTIR DA CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>48</b>
4.1 A dinâmica atual do RTNV e o reflexo para os trabalhadores que sofrem com a precarização no âmbito da saúde mental .....	48
4.2 A realidade das instituições privadas a partir do processo de acompanhamento das pensões .....	53
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como principal objetivo sintetizar o processo de formação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo fruto do percurso acadêmico e do processo de militância no Movimento Estudantil, presente desde o primeiro ano acadêmico. O processo de construção deste trabalho cumpriu um papel fundamental de retomar o material produzido no campo de estágio, bem como suas reflexões, gerando assim uma nova síntese, possibilitando um momento de rica aprendizagem.

O Movimento Estudantil foi o espaço que busquei para compreender e atuar nas contradições vividas na universidade e sociedade. A militância estudantil deu-se no processo de busca por respostas às quais a Universidade, por fazer parte da superestrutura do Estado, tem grandes limites em responder. Nesse processo, produziram-se experiências enriquecedoras com relação ao modo coletivo de atuar nos processos políticos, além de se contribuir com reflexões, pois se caracteriza por ser um espaço com diferentes visões de mundo e que defende diferentes projetos de sociedade.

Um momento que revelou amadurecimento político foi ao optar pela organização no Coletivo Outros Outubros Virão, trazendo-me maior organicidade e direcionamento para atuação no Movimento Estudantil, por contribuir com o acúmulo teórico e prático da militância. Este coletivo caracteriza-se pela busca das obras fundamentais do “tão falado marxismo” para atuação e compreensão dos processos históricos. Portanto, este trabalho reflete substancialmente os acúmulos marxistas, principalmente a partir das obras de Marx, Engels e Lenin, desenvolvidos com o objetivo de romper com a sociedade capitalista rumo ao socialismo/comunismo. Ressalto que entendo socialismo/comunismo não como um ideal a ser seguido, mas como um projeto social que busca superar as bases materiais de exploração e violência constitutivas do capitalismo, “portanto, trazendo de nascença as marcas econômicas, morais e espirituais da velha sociedade de cujo ventre ela saiu” (MARX, 2012, p. 29).

Este trabalho fundamenta-se com o método materialista Histórico Dialético, que compreendo ser a forma mais completa e verdadeira de apreensão da realidade. O método perpassa a construção deste trabalho – que tem como objetivo contribuir para o debate da Saúde Mental e da desinstitucionalização, a partir do recorte de classes que muitas vezes é negado pelas vertes que abordam a temática da Saúde Mental.

As contradições vividas e expressas através das violações de direitos aos usuários e trabalhadores da Saúde Mental foram os motivos principais que impulsionaram minha crítica,

buscando aportes teóricos para fundamentação. Saliento que não foi um processo fácil defender e argumentar críticas que compõem a minha visão de mundo, a qual pretendo expressar no presente trabalho.

Para aprofundar o debate, no capítulo II será brevemente contextualizado o método marxista que perpassará a totalidade deste trabalho. Nesse sentido, parte-se da teoria marxista na análise dos fundamentos, dos condicionantes e dos limites da dinâmica e estrutura do sistema capitalista, superando as análises morais resumidas em “bom” ou “mal”, conforme Netto (2011, p. 18). Além disso, saliento as relações sociais produzidas neste sistema social que corroboram para o tratamento da loucura de forma violenta e determinada pelo desenvolvimento das forças produtivas.

No capítulo III, busca-se demonstrar a partir da realidade sócio-histórica da luta de classes o percurso que determinou a política de Saúde e Saúde Mental no Brasil. Para isso, foram trazidos elementos que revelaram a dinâmica do Estado antes e após a Constituição Federal. Buscou-se trazer a realidade da Política de Saúde Mental no Brasil, Rio Grande do Sul, e na cidade de Porto Alegre, revelando os processos contraditórios que compuseram esse percurso histórico. Para isso, foram trazidos elementos da construção de aparatos legais e do movimento de lutas sociais.

No último capítulo, foi analisado o processo de estágio supervisionado, o qual possibilitou a reflexão e articulação da teoria e da prática num processo crítico, ressaltando as contradições daquilo que foi experienciado com a implementação de um projeto de intervenção. Nesse capítulo, buscou-se retratar a realidade da precarização vivida pelos trabalhadores, bem como ressaltar a desresponsabilização do Estado frente às violações de direitos para com os usuários.

Por fim, nas considerações finais retomo brevemente os argumentos que sustentaram a minha análise sinalizando a necessidade de – a partir do olhar crítico das experiências vividas – retomar os processos de luta sociais.

Ressalto que não é o objetivo deste trabalho culpabilizar os serviços privados, tão pouco a equipe técnica e de suporte do Residencial Nova Vida. Mas, sim, refletir sobre a ineficiência do Estado em garantir direitos conquistados historicamente, entendendo que a realidade colocada no trabalho é resultado de um processo histórico que a produziu. Além disso, busca-se compreender como a conjuntura desse sistema social está imbricada no processo que gera a ineficiência estatal e conseqüente desgaste aos trabalhadores que vivem a intensificação da exploração e precarização do trabalho, sendo-lhes solicitadas respostas às demandas referentes às necessidades de um grande número de usuários.

## **2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

### **2.1 O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais**

O materialismo histórico-dialético pressupõe que as representações da consciência são resultados da materialidade presente no processo de produção e reprodução da vida. Ou seja, a materialidade precede a consciência, sendo as sensações e representações reflexos da realidade objetiva. Como afirma Marx (2008, p. 47), “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência do homem que determina seu ser, ao contrário, é o seu ser social que determina a consciência”.

As relações sociais e as atividades dos sujeitos históricos são capazes de construir novas transformações da realidade que se dá no âmbito da vida social, estando esta realidade social concreta em permanente movimento. Nesse sentido, a realidade é a dinâmica dos processos sociais que se concretizam partindo de condições objetivas determinadas, principalmente pelo sistema social capitalista que será aprofundado com a sequência deste trabalho.

As necessidades humanas contribuem para os processos de transformação da realidade e resultam em atos históricos. Por exemplo, na pré-história, a existência da madeira e a necessidade de uma ferramenta para facilitar a caça resultaram na construção de um machado. Ou seja, a realidade objetiva que partiu de uma necessidade básica – alimentar-se – permitiu a criação do instrumento e, a partir deste acontecimento, outras necessidades surgiram, como aprimorar o próprio machado, facilitando o acesso aos alimentos.

No materialismo histórico-dialético, o movimento da realidade é compreendido a partir da categoria Dialética, a qual exige que o conhecimento do objeto ultrapasse a aparência buscando a essência dos fenômenos. Neste processo, a procura pela essência é precedida pela perspectiva de totalidade, a qual revela a interligação dos fenômenos sociais que – na aparência – podem estar isolados, mas são interligados constituindo um movimento permanente da realidade de um fenômeno social. Conforme Konder (1985, p. 37):

A visão de conjunto - ressalve-se - é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade. A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa

situação dada. E é essa estrutura significativa - que a visão de conjunto proporciona - que é chamada de totalidade.

Portanto, a visão de totalidade que compõe o movimento dialético nunca é completa, ou seja, é uma visão provisória, há sempre algo que escapa e/ou que está se modificando. Nesse contexto, Netto (2011, p. 56) afirma que

Para Marx, a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não é um 'todo' constituído por 'partes' funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade.

O materialismo histórico-dialético busca o processo concreto da realidade para os acontecimentos sociais que desvelam o processo histórico da formação da sociedade capitalista. Sendo assim, é possível afirmar que o processo histórico da sociedade é mais do que um movimento articulado de fatos. São processos que envolvem condicionalidades sociais para o desenvolvimento de ações dos indivíduos que não são isolados, mas que constituem os movimentos coletivos da sociedade. O movimento real da história é interligado e composto pela necessidade de desenvolvimento das forças produtivas que criam novas bases materiais para superar as velhas bases materiais de produção. Portanto, a história foi um movimento dialético de superações condicionadas pelas classes dominantes que tinham necessidade de desenvolver as forças produtivas e, como consequência, direcionaram e estreitaram a capacidade dos indivíduos e classes dominadas de fazerem sua própria história.

O movimento real da história preserva e nega concomitantemente os processos em sua materialidade carregando em si a capacidade de mudança e permanência que não podem ser pensadas uma sem a outra.

Exatamente porque o movimento da história é marcado por superações dialéticas, em todas as grandes mudanças há uma negação, mas ao mesmo tempo uma preservação (e uma elevação a nível superior) daquilo que tinha sido estabelecido antes. Mudança e permanência são categorias reflexivas, isto é, uma não pode ser pensada sem a outra. Assim como não podemos ter uma visão correta de nenhum aspecto estável da realidade humana se não soubermos situá-lo dentro do processo geral de transformação a que ele pertence (dentro da totalidade dinâmica de que ele faz parte), também não podemos avaliar nenhuma mudança concreta se não a reconhecermos como mudança de um ser (quer dizer, de uma realidade articulada e provida de certa capacidade de durar). (KONDER, 1985, p. 54)

Exemplificando: a especialização da produção desenvolve novas tecnologias a partir do que foi desenvolvido historicamente, ou seja, as novas tecnologias criadas são constituídas também de elementos do passado que criam e constituem o "novo". A unidade de contrários

que é uma característica do movimento dialético afirma que o amadurecimento das contradições busca a sua superação e desdobra-se em novas contradições. Ou seja, a nova forma não elimina a contradição, mas gera uma nova. Na obra “O Manifesto do Partido Comunista”, Marx afirma que “a moderna sociedade burguesa, que surgiu do declínio da sociedade feudal, não aboliu as contradições de classe. Ela apenas colocou novas classes, novas condições de opressão e novas formas de lutar no lugar das antigas” (ENGELS e MARX, 2008, p. 9).

Marx e Engels, em seus estudos sobre a sociedade de classes, evidenciam que o sistema capitalista traz em seu cerne condições para sua própria superação, ou seja, uma contradição que – numa instância de averiguação da materialidade – revela o desenvolvimento do capitalismo caracterizado pelo aumento da produção de alimentos para toda a humanidade, bem como os avanços tecnológicos os quais criam bases materiais para a sua superação, que seria a socialização da riqueza produzida. Conforme demonstra Marx (2008, p. 48),

As relações de produção burguesas são a última forma antagônica do processo de produção social, antagônica não no sentido de um antagonismo individual, mas de um antagonismo que nasce das condições de existências sociais dos indivíduos; as forças produtivas que se desenvolvem no seio da sociedade burguesa criam, ao mesmo tempo, as condições materiais para resolver esse antagonismo.

Esse método de compreensão dos processos sociais foi construído e fundamentado pelo processo de análise do sistema econômico capitalista, o qual resultou em elementos que desvelaram suas características fundamentais. Os elementos que foram analisados sobre a exploração capitalista revelaram que o desdobramento político/econômico é o conflito de classes entre a burguesia e o proletariado e que se faz necessária e possível a superação do modo de produção capitalista que está em constante transformação dialética. Nesse sentido, evidenciou-se que o capitalismo se caracteriza, principalmente, pela relação de exploração entre a classe burguesa e a classe proletária. Conseqüentemente, a classe burguesa, estando numa posição de dominação, explora a classe proletária e apropria-se da riqueza produzida por estes.

Segundo Engels e Marx (2008, p. 32), “a propriedade burguesa moderna constitui a última e mais completa expressão do modo de produção e apropriação baseado em antagonismos de classes, na exploração de uma classe por outra”. É importante ressaltar que, conforme Bogo (2010), se entende classe proletária como classe social que sobrevive

exclusivamente da venda de sua força de trabalho e classe burguesa como classe social que obtém a propriedade dos meios de produção.

O capitalismo nasce da necessidade de superar o velho modo de produção centrado na manufatura que não possibilitava o desenvolvimento do comércio em expansão. O desenvolvimento das grandes navegações que marcavam as épocas pré-capitalistas é um exemplo da necessidade de desenvolvimento produtivo na busca por territórios e matéria prima.

[...] os mercados continuaram crescendo e as necessidades aumentando. Também a manufatura não dava conta. Então, o vapor e a maquinaria revolucionaram a produção industrial. No lugar da manufatura surgiu a grande indústria moderna; no lugar dos pequenos produtores, os industriais milionários, os chefes de exército industriais inteiros, os burgueses modernos. (ENGELS e MARX, 2008, p. 10)

O trabalho, para Marx (2003), é atividade transformadora que relaciona o homem com a natureza. Portanto, é um elemento central no desenvolvimento da humanidade. Nessa relação, o homem, ao passo que transforma a natureza, transforma a si próprio. Esse processo permite o aperfeiçoamento dos saberes num movimento dialético de constantes transformações entre o homem e a matéria prima. O trabalho, como central na vida humana, propicia inter-relações com outros trabalhadores, sendo diferenciado das atividades de animais por ser um trabalho pensado. Ou seja, diferentemente dos animais, o movimento real da vida criou a necessidade de aprimorar instrumentos e criar objetos que facilitassem o desenvolvimento da vida humana. Nesse sentido, conforme tais necessidades, os instrumentos foram pensados e reproduzidos concretamente a partir de matéria prima ao longo da história.

O trabalho, que é um elemento central da vida humana no desenvolvimento das sociedades divididas em classes e das forças produtivas, foi sendo apropriado pela classe que detinha o poder político/econômico. Esse processo é o objeto de estudo da obra “O capital” (MARX, 2003) e, conforme o autor, “O comprador da força de trabalho consome-a, fazendo o vendedor dela trabalhar. Este, ao trabalhar, torna-se realmente no que antes era apenas potencialmente: força de trabalho em ação, trabalhador” (MARX, 2003, p. 211). Nesse processo, o trabalho desenvolve outro significado social na sociedade capitalista: tornar a capacidade de trabalho em mercadoria.

Portanto, o desenvolvimento das forças produtivas estabelece diferentes formas de divisão social do trabalho, que resulta em determinadas formas de se relacionar socialmente. A classe que possui como única propriedade a sua força de trabalho relaciona-se a partir

desta, que é vendida ao burguês. Ou seja, a classe trabalhadora relaciona-se como mercadoria, pois sua subsistência e existência enquanto ser social<sup>1</sup> estão intrínsecas à venda de sua força de trabalho. Conforme afirmam Engels e Marx (2004, p. 44),

A forma pela qual os homens produzem seus meios de vida depende sobretudo da natureza dos meios de vida já encontrados e que eles precisam reproduzir. Não se deve, porém, considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, ou seja, a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se muito mais de uma forma determinada de atividade dos indivíduos, de uma forma determinada de manifestar sua vida, um modo de vida determinado. Da maneira como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como com o modo como produzem. O que os indivíduos são, por conseguinte, depende das condições materiais de sua produção.

O processo de produção é regulado pela burguesia, que explora o trabalho na medida em que subordina o trabalhador na relação de produção. A materialidade dessa relação de produção determina as relações sociais na sociedade, que serão baseadas na submissão da classe dominada à classe dominante. Assim sendo, há uma inconciliável relação nesse processo: a necessidade da burguesia em manter sua dominação através da perpetuação da propriedade privada e a necessidade do trabalhador – enquanto classe – de libertar-se da relação de exploração, usufruindo igualmente da riqueza socialmente produzida.

Na sociedade dividida em classes antagônicas, o processo sócio-histórico da propriedade privada e a divisão social do trabalho, que separa o trabalho material do trabalho intelectual, criaram bases materiais para o desenvolvimento da sociedade dividida em classes e, posteriormente, geraram a necessidade do trabalho assalariado, fundamento da relação entre burguesia e proletariado. O trabalho assalariado tornou-se mercadoria subordinada e controlada pela classe burguesa, a qual detém a propriedade privada dos meios de produção e o produto do trabalho.

No processo de compra e venda de força de trabalho, um dos resultados dessa relação desigual é a contradição de o produto deste trabalho não ser do trabalhador, mas sim do proprietário capitalista, conforme afirma Marx (2003, p. 219): “Ao comprador pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho apenas cede realmente o valor de uso que vendeu, ao ceder seu trabalho”. Ou seja, o trabalho na sociedade capitalista resulta num processo que se distancia do trabalhador, pois este produz grande quantidade de algo que é

---

<sup>1</sup> Segundo Netto (2011, p. 31), “ser social é entendido como: sociabilidade resultado elementarmente do trabalho, que constituirá o modelo da *práxis* – é um processo, movimento que se dinamiza por *contradições*, cuja superação o conduz a patamares de crescente complexidade, nos quais novas *contradições* impulsionam a outras superações.” [grifo do autor]

propriedade de outro indivíduo em troca de um salário que deve garantir a sua sobrevivência. Além disso, ao desvelar a dinâmica do processo produtivo do capitalismo, sobressai um componente fundamental: a produção de Mais Valia. Segundo Marx (2003), a Mais Valia origina-se de um excedente quantitativo de trabalho apropriado pelos capitalistas.

O capitalismo, que é um modo de produção cuja base é o processo de exploração de uma classe por outra, desenvolveu-se economicamente e, aos poucos, mundializou-se desde o processo concorrencial que buscava colonização, até expansão imperialista tendo monopólios por base. Por conseguinte, as necessidades econômicas têm como possibilidade para seu avanço a conquista do poder político que se estabelece correlacionada à necessidade do desenvolvimento econômico. Ou seja, é um processo dialético.

A legitimação desse modo de produção dá-se pela ideologia que dissipa os valores da sociedade burguesa em diversos âmbitos de reprodução da vida e nas relações sociais. Nesse sentido, por exemplo, a Arte, a Educação, a Filosofia e a elite intelectual na sociedade burguesa assumem valores que legitimam as ideias da classe dominante advindas do processo político-econômico do desenvolvimento capitalista. Ou seja, a classe dominada toma as ideias dominantes como verdades e as reproduz, pois a realidade material determina a consciência, sendo essa materialidade regulada pela burguesia. Nesse contexto, os valores de “liberdade, igualdade e fraternidade” afirmados na Revolução Francesa são partes do ideário construído historicamente pela burguesia, intrínsecos às relações sociais do percurso capitalista. Entretanto, tal ideário transforma-se de acordo com as necessidades das forças produtivas fazendo com que a consciência social legitime a exploração capitalista. Além disso, a ideologia dissemina as necessidades burguesas de forma que a classe trabalhadora reproduza e tome pra si essas necessidades. Sobre ideologia, Engels e Marx (2004, p. 78) afirmam que

Os indivíduos que formam a classe dominante possuem, entre outras coisas, também uma consciência e, por conseguinte, pensam; uma vez que dominam como classe e determinam todo âmbito de um tempo histórico é evidente que o façam em toda sua amplitude e, como consequência, também dominem como pensadores, como produtores de ideias que controlem a produção e a distribuição das ideias de sua época e que suas ideias sejam, por conseguinte, as ideias dominantes de um tempo.

No bojo das necessidades burguesas de legitimar a sua forma de produção social da vida e das relações sociais de produção, a liberdade, que é regulada pelo mercado e pela necessidade de sobrevivência da classe oprimida, cria a massa de trabalhadores assalariados. Nesse sentido, as necessidades dos trabalhadores, enquanto classe social, estão em conflitos permanentes com as necessidades burguesas – de acumular a riqueza socialmente produzida.

Lenin (2012, p. 106-107), sobre a realidade da classe trabalhadora na ordem capitalista acrescenta que:

Os escravos assalariados de hoje, em consequência da exploração capitalista, vivem por tal forma acabrunhados pelas necessidades e pela miséria, que nem tempo têm para se ocupar da “democracia” ou de “política”; no curso normal e pacífico das coisas, a maioria da população se encontra afastada da vida política e social.

Do conflito de classes que acompanha o desenvolvimento da propriedade privada na sociedade capitalista nasce o Estado, sendo esse a superestrutura que sustenta os interesses da classe que o domina, ou seja, a burguesia. Engels e Marx (2004, p. 60) afirmam que o Estado esconde a essência do processo da luta de classes: “Segue-se que todas as lutas no âmbito do Estado, isto é, a luta entre democracia, aristocracia e monarquia, a luta pelo direito do voto etc... etc... são apenas meras maneiras ilusórias nas quais se desenvolvem as lutas reais entre diferentes classes [...]”. Ou seja: enquanto imperar a sociedade burguesa, o Estado irá utilizar-se de diferentes formatos para apaziguar os conflitos de classes e esconder a essência deste conflito que advém, principalmente, da exploração do trabalho.

Engels (1997) desvelou a essência do Estado burguês partindo de um estudo aprofundado do processo histórico da sociedade com elementos do desenvolvimento da propriedade privada, da família, do patriarcado e da herança. O autor analisa as comunidades primitivas e define o Estado, em cujo processo histórico sempre foi dominado pelos interesses da classe exploradora, como espaço que tem em sua essência a necessidade de manter a dominação e a manutenção da propriedade daqueles que as detém. Conforme o autor, [o Estado]

É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da “ordem”. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado. (ENGELS, 1997, p. 191).

Ainda afirmando o caráter do Estado, conduzido pela classe dominante, faz-se necessário apontar que, em seu percurso histórico, ora pode haver reformas capitalistas que garantam alguns direitos conquistados por trabalhadores, ora ele pode tomar uma aparência repressora que busca controlar e reprimir os trabalhadores que se colocam em movimento de

luta, dadas as forças em disputa dentro de sua estrutura. No âmbito dessa discussão, Duriguetto e Montañó (2011) referem que o Estado não se legitimaria somente com a coerção, portanto ele forja consensos entre as classes sociais.

O desenvolvimento histórico revela os formatos que o Estado burguês forja para se legitimar. Os processos de consensos que a classe dominante incentiva aparentemente podem demonstrar avanços para a classe trabalhadora, mas a essência de tais processos revela que o capitalismo continua se perpetuando, sendo o Estado aquele que mantém a dominação política, econômica e ideológica. Nesse sentido, faz-se necessário caracterizá-lo como aquele que corrobora com a dominação de classe, apaziguando o conflito entre a burguesia e o proletariado de forma dialética. Sobre isso, Engels (1997, p. 193) afirma que:

Como o Estado nasceu da necessidade de conter os antagonismos das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida.

A superestrutura chamada Estado desenvolve o aparato legal expresso no âmbito jurídico, político e de consciência social a qual está intimamente ligada com a base econômica das forças produtivas, já detalhadas anteriormente nesse trabalho. Além disso, como afirma Marx (2012, p. 45), “Os impostos são a base econômica da maquinaria governamental, e nada mais”. Portanto, a existência do Estado possui a materialidade que garante as condições para os desdobramentos da esfera econômica e determina as relações sociais e a produção e reprodução da vida. Segundo Marx (2008, p. 47),

[...] na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, ao contrário, é o seu ser social que determina a consciência.

É nesse cenário histórico de iminente contradição entre capital X trabalho, burguesia X trabalhadores, que se desenvolveu um modo de compreensão, bem como um “trato” sobre os considerados “loucos”, o qual se transforma historicamente até chegar à atualidade. As contradições, sucessivas, que se desdobram em detrimento das velhas contradições, expressam a dinâmica do conflito da sociedade dividida em classes que revelam o modo como

o Estado burguês atua com o objetivo de conciliar as classes sociais para a manutenção do sistema capitalista.

Nesse sentido, com base no método analítico de Marx já descrito, serão brevemente contextualizados os marcos históricos do processo de compreensão social da loucura com o movimento da luta de classes. É possível identificar que, para a produção e reprodução capitalista, é necessário que a massa de trabalhadores assalariados – maioria da população – se adeque aos pressupostos da produção. No entanto, o considerado louco destoa dessa padronização humana imposta pelo atual modo de produção centrada em longas jornadas de trabalho. Ou seja, a pessoa historicamente considerada “louca” é caracterizada improdutiva ao capitalismo, além de poder atrapalhar seu desenvolvimento produtivo. Como consequência, essa relação gerou, por exemplo, a necessidade do manicômio – que ascende junto ao capitalismo num conflito social possível de ser identificado ao longo da história da humanidade no processo de institucionalização da pessoa com sofrimento mental.

Algumas questões norteiam o desenvolvimento deste trabalho, sendo a reflexão conectada ao modo da compreensão desta sociedade, entre elas: Qual a relação histórica entre o capitalismo e o trato sobre a loucura?

## **2.2 História da Loucura no contexto do desenvolvimento capitalista**

A “loucura” em meados do século XVI é compreendida de diversas formas por estudiosos, em sua maioria filósofos, que tentam entender o fenômeno cujas causas eram desconhecidas. O contexto histórico da época é marcado pelo ideário absolutista centrado em valores ligados à Igreja Católica, a qual buscava explicações que não interferissem sobre a dominação feudal de valores absolutistas. Nesse momento histórico, foi criada a possibilidade para o desenvolvimento científico, sendo a compreensão de diferentes fenômenos justificada por diversas formas ao longo da História. Uma das fortes explicações que compunham o ideário da época era a compreensão a partir do fenômeno sobrenatural. Dentre as hipóteses da época, limitadas pelo incipiente avanço dos estudos, foi colocada a possibilidade de “contágio mental” para a loucura, de acordo com Pessotti (1996).

No fim da Idade Média, o enclausuramento era direcionado àqueles que ameaçavam a ordem social. O Hospital Geral com lógica de filantropia e ajuda foi concentrando diversos grupos sociais incluindo os chamados de “os loucos”. Esse espaço heterogêneo caracterizava-se por ser um depositário dos segmentos excluídos do seio social e despossuídos de meios

materiais para sobreviver. Muitas vezes, esses grupos eram perseguidos e estigmatizados pelos setores dominantes (Igreja Católica e Aristocracia) e povoavam um espaço destinado à exclusão, evitando perigo ao resto da população. Portanto, os considerados loucos eram somados àqueles segmentos sociais que ameaçavam ou interferiam a ordem social vigente, dentre eles: as prostitutas, os doentes, os leprosos, os mendigos, entre outros. Todos eram igualmente vistos como desajustados à ordem feudal, conforme expõe o autor:

Na era clássica, indigência, preguiça, vícios e loucura se misturam numa mesma culpabilidade no interior do desatino; os loucos tinham sido aprisionados no grande internamento da miséria e do desemprego, mas todos haviam sido promovidos à vizinhança da falta, quase a essência da queda. (FOUCAULT, 1997 [1972], p. 489).

A crise gerada pelo desenvolvimento da transformação das bases materiais do modo de produção que passava do Feudalismo para o Capitalismo intensificou o significado do Hospital Geral legitimando-o como um mecanismo fundamental no processo de ocultar a miséria tornando-a socialmente invisível, segundo Desviat (1999, p. 15): “O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma resposta do Século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção”.

O século XVIII, por sua vez, marca as incipientes compreensões médicas e terapêuticas no conhecimento científico para o trato com a “loucura”. Nesse sentido, o contexto político-social do início deste século advindo do conjunto de ideias do Iluminismo contribui para o desenvolvimento da Psiquiatria. As ideias dessa época buscavam sobrepor a razão e o homem ao ideário do período medieval marcado pela religiosidade católica que colocava Deus como centro do universo. Esse novo ideário possibilitou, então, que o homem viesse a se tornar um objeto de estudo.

As transformações possibilitaram descobertas primordiais ao desenvolvimento científico, centrado no ideário da razão – de acordo com as necessidades de desenvolvimento da nascente sociedade burguesa. Ou seja, “as condições de emergência de um saber e instituições médicas relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura” (AMARANTE, 1995, p. 24).

A ordem burguesa em ascensão exige o fim das grandes internações, por necessitar de trabalhadores produtivos na industrialização que estava nascendo. No entanto, o julgado louco, por ser considerado desprovido de razão e verdade, permaneceu enclausurado com o intuito de não causar prejuízos ao desenvolvimento da nova sociedade. Nesse contexto, a

caracterização do “louco” que representava perigo social justificou a institucionalização e a necessidade de controle e punição na busca pela verdade materializada em estudos científicos.

As transformações políticas e sociais compõem as mudanças que marcam o caminho o qual o conhecimento psiquiátrico irá desenvolver para compreensão da loucura. Portanto, o desenvolvimento da Psiquiatria é correspondente à necessidade de criarem-se bases científicas para justificar o tratamento dos asilados. Ou seja, há um movimento dialético entre as ideias iluministas que compunham os valores burgueses e o desenvolvimento da Psiquiatria como área específica de um saber, que se correlacionam em virtude do desenvolvimento da sociedade capitalista.

A busca por “cura” e razão, aliada às necessidades da burguesia crescente, determinou a passagem do Hospital Geral ao asilo. Em contradição com o ideário de liberdade, o desenvolvimento da Psiquiatria contribui para justificar o asilamento dos doentes mentais, mas, contraditoriamente, garante liberdade àqueles que viriam a se tornar mão de obra na nascente industrialização. É importante salientar que a liberdade foi caracterizada pela saída do manicômio e entrada nas fábricas. Ou seja, a liberdade regulada pelo mercado.

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a possibilidade e os limites da liberdade (DESVIAT, 1999, p. 16).

Contudo, nesse momento histórico o foco foi direcionado ao tratamento moral e individual àquele considerado desprovido de razão, como afirma Schühli (2008, p. 7):

[...] E para isso era preciso interná-las em lugares que possibilitassem o afastamento do meio que gerava uma série de distúrbios. Essa era a precondição do tratamento moral, do tratamento alienista. O internamento vai ser visto como função de cura, como meio que organiza a liberdade e pode conduzir a loucura à razão.

Pinel, médico Francês, fez parte das descobertas da época e inovou o tratamento moral com a técnica de observação, a qual, para aquele momento histórico, foi um modo avançado no desenvolvimento científico de tratamento. As contribuições de Pinel ao processo de compreensão e tratamento moral da loucura afirmam que:

Ela aparece como apenas um desequilíbrio na razão ou nos afetos. Trata-se de uma concepção que resgata, para o louco, a identidade humana e impõe ao alienista (e à sociedade) o dever de propiciar o retorno ao equilíbrio e à ordem. Na verdade, essa visão da loucura marca o fim da exclusão do insensato. E implica o

abandono radical de qualquer intervenção terapêutica fundada em modelos teóricos dogmáticos (PESSOTTI, 1996, p. 73).

O manicômio advém do percurso que o conhecimento científico trilhou em busca da cura e é uma base material que se caracteriza por ser um espaço de tratamento, principalmente moral, visando adaptar e disciplinar a pessoa enclausurada. Conforme Pessotti (1996), para Pinel, o manicômio é um ambiente ideal e adequado tanto para a observação quanto para o tratamento que se centrava na correção de condutas inadequadas através de mudanças de hábitos e comportamentos.

Esse tratamento ao alienado justificava o isolamento que, de acordo com Desviat (1999), tinha três motivos principais: 1. Função terapêutica de tratamento individual; 2. Função social de dar abrigo aos pobres; 3. Função de garantir a segurança da sociedade. Essas funções relacionam-se e buscam garantir que em um espaço ideal – o manicômio – os objetivos sejam garantidos tendo-se como foco a própria doença, ou seja, desprezando-se a individualidade do sujeito que ali se reduz à sua própria doença. Desse modo, o sujeito não cumpre um papel social que permita a produção e reprodução de sua vida, portanto, o manicômio “como instituição total, desencadeia um processo de mortificação e degradação da individualidade e identidade dos sujeitos, bem como estabelece um tipo de reorganização social, através de táticas de adaptação que visam obter a cooperação do internado” (DIAS, 1997, p. 13).

Esse modo de relacionar-se com a loucura está aliado ao contexto histórico e às necessidades da produção capitalista. Assim, o manicômio constituiu-se como uma instituição materializada pela burguesia relacionada às bases científicas de tratamento desenvolvido pela Psiquiatria. O asilamento, durante séculos, foi naturalizado como sendo a forma apropriada de tratamento, até que, num contexto histórico/social, possibilitaram-se análises críticas sobre os efeitos produzidos na vida dos sujeitos envolvidos no processo de adoecimento.

As vivências e experiências da Segunda Guerra Mundial contribuíram para a reflexão sobre as práticas brutais e segregatórias utilizadas nos campos de concentração. No contexto do final da Segunda Guerra Mundial, o modelo manicomial é determinado por significativas transformações que até então não haviam existido. Afinal, a realidade pós-guerra era marcada pelo alto número de força de trabalho invalidada e de grupos da classe trabalhadora que viviam em péssimas condições de vida pela degradação produzida pela guerra. Assim sendo, essa realidade demarcou a necessidade de rever-se o modelo de assistência. Nesse sentido,

Ante os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens, tornava-se urgente reparar tais absurdos. Ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra. A reforma dos espaços asilares atualizava, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho. O asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser considerado o responsável pelo agravamento das doenças, de forma a ultrapassar a parcela esperada de evolução patológica da própria enfermidade. (AMARANTE, 1995, p. 28)

As críticas evidenciadas no pós-guerra fundamentaram os movimentos que se pautavam pela transformação de tratamentos que surgiam em diversos países em conjunturas distintas. Além disso, como coloca Amarante (1995, p. 27), “Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições de grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico-assistencial [...]”. Nesse sentido, o asilamento remete à visão absolutista de segregação – uma contradição ao processo econômico social dos países desenvolvidos no capitalismo.

A partir da perspectiva dialética, é possível perceber que o ideário que afirma a necessidade de segregação do “louco” está intrínseco ao tratamento na saúde mental. Portanto, no capitalismo, o trato com a loucura, atualmente, carrega os ideários de segregação que foram afirmados como possibilidade de cura para o chamado louco. Desse modo, visualiza-se concretamente esse processo, pois até os dias atuais, a segregação está no imaginário social como sendo a melhor saída para as pessoas que estão em sofrimento mental.

As contradições que se evidenciavam no processo de tratamento mental, bem como as condições concretas de vida dos indivíduos que vendiam sua força de trabalho, impulsionaram a revisão de seus posicionamentos e práticas de tratamento. No entanto, era pressuposto que tais transformações não colocassem “em cheque”, não interferissem nas bases de dominação pela burguesia. Afinal, na sociedade dividida em classes é necessário que a classe dominante garanta a dominação política, econômica e ideológica para desenvolver suas forças produtivas.

O desenvolvimento farmacológico, os resultados das duas Grandes Guerras e as crises cíclicas do capitalismo são exemplos concretos de fatos que abalaram a realidade de cada país. Além disso, a experiência sobre as atrocidades vivenciadas ao longo do Séc. XX instigaram a formulação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, com a premissa máxima de que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Essa Declaração contribui com o processo de reformas em relação à Saúde Mental em vários países, pois a pessoa com sofrimento mental foi tratada com

violência, sendo essas formas de violência justificadas pelos saberes científicos. Portanto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi uma forma de colocar em discussão os processos terapêuticos de manicômios.

Diante desse cenário turbulento de redefinições sociais, compreende-se que os diversos movimentos e suas correspondentes transformações possuem características singulares correlacionadas ao contexto histórico do desenvolvimento capitalista. Ou seja, o momento histórico está ligado ao movimento da dinâmica mundial capitalista influenciando e produzindo particularidades que, no âmbito da Saúde Mental, se produzem diferentes formas de tratamento e/ou cuidado com os chamados loucos, como veremos brevemente em alguns países.

A resposta dada às problemáticas da época na realidade inglesa foi a chamada Reforma Sanitária Inglesa que, como refere Amarante (1995), caracterizou-se pela possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio em Comunidades Terapêuticas que idealizavam o rompimento com o poder hierárquico das instituições manicomiais através de atividades coletivas e inter-relação entre os pacientes e a equipe de trabalhadores.

No movimento particular de países, também nasce o movimento de antipsiquiatria na década de 60, conforme Amarante (1995), caracterizado pela denúncia dos valores e práticas vigentes do tratamento da doença mental, principalmente a esquizofrenia, e pelo questionamento da naturalização do saber médico nesse processo. Com o intuito de efetivar tais críticas, o movimento buscou diálogo entre a razão e a loucura, problematizando a questão da repreensão das crises que têm como foco a medicalização e contensão física, a qual pode causar traumas físicos aos indivíduos.

Correspondendo ao cenário italiano, as experiências em uma determinada conjuntura de correlação de forças conseguiu colocar em prática o acúmulo sobre o tratamento com a loucura, estabelecendo novas formas de cuidado num processo de construção crítica. Esse processo deu-se em um momento da conjuntura política da Itália a qual esta estava acumulando experiências sobre a organização dos trabalhadores inspirada na experiência socialista do Bloco Soviético da Rússia. Nesse sentido, a Itália desenvolveu-se na luta de classes buscando a transformação social de emancipação humana a partir da organização dos trabalhadores.

As experiências de Comunidades Terapêuticas inglesas que aparentemente superavam o modelo manicomial fundamentaram a crítica italiana afirmando que esse modo de cuidado, em essência, não conseguia romper com a velha lógica da segregação e despersonalização

produzida e reproduzida pelo manicômio. Consequentemente, as Comunidades Terapêuticas acabavam reduzindo-se à caracterização de um espaço asilar que reproduzia a lógica manicomial. Ou seja, foi no processo de romper e superar a lógica hospitalocêntrica<sup>2</sup> que a Reforma Italiana construiu seu percurso teórico/prático no âmbito da Saúde Mental.

Conforme Kinoshita [1986?], a Reforma Italiana caracterizou-se por ser um processo concreto que não se fixou na resolução institucional estabelecendo um quadro normativo; ao contrário, suscitou um processo dinâmico e novos conflitos. Foi um processo dialético que perpassou as críticas dos saberes que haviam construído o processo de tratamento. Teve o intuito de superar tais formas de tratamento, como aponta Barros (1994 apud AMARANTE, 1995, p. 45) a respeito da experiência Italiana: “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade”.

A tradição basagliana<sup>3</sup> embasou a construção desse processo. Sua crítica é fundamentada sob três pilares, segundo Barros (1994 apud AMARANTE, 1995, p. 48): a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça; a origem de classe das pessoas internadas; a não neutralidade da ciência. Ou seja, são trazidas análises numa perspectiva de totalidade e com uma importante crítica sobre a sociedade dividida em classes. Nesse sentido, foi o percurso histórico na materialidade que permitiu a realização da crítica e autocrítica das práticas que socialmente foram naturalizadas e fundamentadas pela ideologia capitalista – que corrobora para a exclusão daqueles que não conseguem se desenvolver no processo produtivo. Como coloca Amarante (1995), são práticas sociais compreendidas como a-históricas, espontaneamente produzidas e imutáveis.

O amadurecimento do processo crítico deu bases à formulação de novas possibilidades para o trato com a loucura – que se concretizou com a desinstitucionalização a qual é intrínseca a experiência italiana. A Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, aprovada em 1978, conhecida como Lei 180, teve como objetivo implementar o processo humanizador da desinstitucionalização que já estava sendo experienciado em alguns locais do país.

O movimento, que resultou na aprovação parlamentar, é resultado de uma construção e experiências exitosas. Não foi algo estático, ao contrário, foi o movimento da realidade cotidiana que possibilitou a Reforma Italiana. Nesse contexto, a Lei 180 possui outras

---

<sup>2</sup> O termo hospitalocêntrico refere-se ao modo de tratamento historicamente centrado na hospitalização ou asilamento.

<sup>3</sup> A Tradição Basagliana é assim denominada por ter como seu precursor o médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia.

prerrogativas importantes, conforme Kinoshita [1986?]: “Eliminação da internação psiquiátrica e da construção de novos hospitais psiquiátricos; construção de serviços nas comunidades; proibição da internação compulsória; eliminação do Estatuto de periculosidade social do doente mental”. Essas transformações possibilitaram um modo de cuidado substancialmente diferente das práticas históricas que se tinha até então, permitindo condições para um cuidado horizontal e autônomo que incluiu o sujeito adoecido no processo de construção de sua saúde e cuidado.

A construção do processo de Reforma Psiquiátrica Italiana, bem como seus êxitos foram importantes para diversos países como o Brasil. Nessa experiência, foi evidente que mudanças aconteceram num percurso conflituoso que se tornou um modelo de referência para combater os maus tratos e as péssimas condições de trabalho da realidade brasileira. Para compreender tal influência, será necessário contextualizar o percurso histórico social sobre os conflitos de classes no Brasil, bem como a conquista dos trabalhadores das políticas sociais, os quais deram bases à Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial.

### 3 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO<sup>4</sup>

#### 3.1 O papel do Estado no contexto da luta de classes pré e pós Constituição Federal

O processo concreto revelado pela História demonstra a forte influência da dinâmica de países centrais no desenvolvimento da noção e efetivação de direitos no Brasil. Com a vinda da coroa portuguesa, tenta-se reproduzir a lógica individual de direitos civis e políticos, entretanto a relação escravocrata não permite, inicialmente, sucesso. É no processo histórico, com a necessidade de abolição da escravatura e com o percurso político/econômico já descrito, que se inicia a efetivação de direitos civis, políticos e posteriormente sociais, como será desenvolvido neste capítulo.

O Brasil, no início do séc. XX estava num incipiente processo de industrialização, numa conjuntura ligada aos valores e ideários do período de colonização marcada por quase 400 anos de escravidão. Essa foi a relação social de produção que marcou o desenvolvimento do país em seu processo de colonização. O Brasil, historicamente agroexportador, produzia quantidade excedente para comercialização mundial, negociada pelo Império.

Com o fim da escravidão e por necessidade de desenvolver forças produtivas, foi necessária uma “nova” relação de trabalho, caracterizada pelo assalariamento dos trabalhadores. Nasce então, no Brasil, a classe que vive do processo de venda de força de trabalho, que já se consolidava na Europa. No desenvolvimento da consolidação dessa classe surgem novas demandas no país, em uma conjuntura de redefinição das relações sociais de produção que – dialeticamente – se relaciona com o ideário colonial. Desse modo, o assalariamento delinea o novo modelo de exploração do trabalho no Brasil, reflexo das necessidades e relações com o capitalismo internacional – ou seja, da relação do país com o mercado externo, que possui demandas e características determinadas pela conjuntura mundial.

No cenário de eclosão da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e da necessidade de redefinir a composição da força de trabalho em decorrência do encerramento do ciclo do trabalho escravo, base da mão de obra da época, fez-se

---

<sup>4</sup> Parte do título foi emprestada do artigo: SIMIONATTO e LUZA. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 10, n. 2, p. 215-226, ago./dez., 2011.

necessária a adoção de estratégias para a reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras, que emergiam com a instalação do modo de produção capitalista nos primórdios de sua fase industrial. (DIAS, 2012, p. 1027)

A conjuntura internacional do início do séc. XX era marcada por grandes acontecimentos como a primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa. A Primeira Guerra Mundial é intrínseca ao processo imperialista a qual, de acordo com Lenin (2012), caracteriza-se pela base econômica na disputa entre os grandes monopólios e da partilha dos territórios possibilitando a manutenção de domínio dos mesmos. O cenário mundial afetou a conjuntura brasileira, tendo como consequências, conforme Konder (2003), a diminuição da exportação de café e o aumento do desemprego. Nesse cenário, a necessidade de superação da crise forjou uma justificativa de desenvolver a produção industrial do país para sair da crise, permitindo a inserção de empresas estrangeiras no Brasil.

Em contrapartida ao movimento capitalista, teve-se como resultado a organização operária Russa que, mesmo numa conjuntura agrária, buscou construir outra sociedade, destruindo a propriedade privada, com a socialização dos meios de produção – como aconteceu nos primeiros anos da Revolução de 1917. Esses fatos demonstraram a efervescência das diversas conjunturas nos países envolvidos de um choque entre o desenvolvimento imperialista e a organização operária que, para além da realidade Russa, marcou os principais países Europeus e a América Latina.

O movimento sindical no Brasil do início do séc. XX já mostrava avanços em sua organização, que era impulsionada, principalmente, pelos imigrantes europeus anarquistas. Como relata Konder (2003, p. 37), “Em 1903, começou a aumentar as reivindicações dos trabalhadores que fizeram várias greves. Nos anos seguintes, até 1910, o número de greves passou de cem; foram fundadas varias uniões operárias, cooperativas e associações de auxílios e socorro mútuo. Em 1906, realizou-se o primeiro congresso operário”.

Nesse contexto de desenvolvimento organizativo, o movimento sindical amplia-se, intensificando suas lutas por melhores salários e condições de trabalho, mesmo que a ação do Estado se caracterize por repressão e violência. Nesse sentido, os movimentos avançam nas conquistas políticas que, segundo Behring e Boschetti (2010, p. 104), sobre a organização dos trabalhadores, “Andava-se a passos firmes na direção de uma consciência de classe para si, com o incremento da organização política dos trabalhadores, sobretudo após 1907, quando se reconhece o direito de livre associação sindical, naquele momento em total autonomia com relação ao Estado”. A necessidade de continuar desenvolvendo as forças produtivas no país corroborou para o desenvolvimento fabril, que aumentou a quantidade de trabalhadores

assalariados no espaço urbano desde o início do séc. XX e prosperou com iniciativas do governo de Getúlio Vargas nos anos 30.

A luta pela saúde no Brasil acompanhou o nascimento e o fortalecimento da classe operária, que além de reivindicar condições de trabalho, reivindicou melhorias no acesso à saúde, pois, naquela conjuntura, o setor Saúde, além de necessitar de contribuição, mantinha-se precário e reduzia-se a fortes campanhas sanitárias. A Saúde no contexto de início do séc. XX, ou seja, nos marcos da República Velha (1889 - 1930), de modo geral, ainda era tratada por instituições com vínculos religiosos na lógica da filantropia. A intensa exploração, os baixos salários e as péssimas condições de vida dos trabalhadores caracterizavam o momento histórico. A realidade dos trabalhadores transparecia a falta de assistência à saúde, pois se disseminavam doenças infecciosas de diversos tipos, e, além disso, vivia-se intenso desgaste pelo trabalho com jornadas diárias superiores a 14 horas.

A organização operária internacional que se colocava em luta nesse momento turbulento conseqüentemente mobiliza ainda mais os operários no Brasil. O movimento dos operários resultará em conquistas de políticas sociais na correlação de força na intensificação da luta de classes no Brasil no início do séc. XX. Como exemplo, conforme Konder (2003), no Brasil, tem-se a mobilização de 1917 dos tecelões insatisfeitos com os baixos salários e condições de trabalho e a polícia os reprimindo violentamente, no entanto, o movimento aumenta, chegando a cerca de 100 mil trabalhadores.

Nesse contexto, a organização do movimento operário em sindicatos e as constantes mobilizações possibilitaram conquistas aos trabalhadores que viviam sob péssimas condições de vida naquela conjuntura, apesar de que “o Estado investia na cooptação e no controle de setores do operariado e dos sindicatos” (DURIGUETTO e MONTAÑO, 2011). Conforme Bravo (2009), inicialmente foi a mobilização dos trabalhadores ferroviários e marítimos que permitiu a conquista da instalação da medicina previdenciária, com o desenvolvimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, através da Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos próprios trabalhadores. No entanto, é importante salientar uma contradição: “Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las” (BRAVO, 2009, p. 90). Portanto, havia um significativo número de trabalhadores que não acessava tal política.

No que tange o setor Saúde, a lógica higienista era predominante na saúde pública, como refere Dias (2012, p. 1027): “O pensamento sanitaria foi constituído na concepção higienista, assentado num conjunto de práticas sanitárias para erradicar doenças transmissíveis que afetam as condições de saúde”. Além disso, o acesso à saúde mantinha-se restrito a alguns

setores trabalhistas, tendo o Estado o compromisso com a saúde num âmbito somente coletivo. Portanto, a necessidade da saúde pública mobilizou as organizações dos trabalhadores de modo a aspirar a conquistas para melhorar a vida da classe operária.

Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2009, p. 91)

Como resposta à insatisfação de mais setores dos trabalhadores, o Governo Vargas unifica as CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). De acordo com Bravo (2009), essa unificação somente estendeu a outras categorias assalariadas urbanas os seus benefícios, sem aprimorar a cobertura dos direitos. Além disso, as IAPs “mantém a prestação da assistência médica dependente da contribuição dos trabalhadores, confirmando a concepção predominante de que a saúde individual não era da competência da área de Saúde Pública” (DIAS, 2012, p. 1030).

O processo de acumulação capitalista, bem como o investimento na produção, teve como consequência a Quebra da Bolsa em 1929. Essa crise afetou diretamente as economias centrais e levou a um necessário aumento da exploração dos trabalhadores no cenário mundial, pela necessidade de retomada das taxas de lucro. No cenário brasileiro, essa crise, conforme Behring e Boschetti, (2010), impulsionou a diversificação da produção no país, a qual tinha como base a produção cafeeira, responsável por cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB). Ou seja, na dinâmica capitalista, é necessário que, para superar uma crise, sejam forjadas novas saídas para retomada das taxas de lucro, sendo, neste caso, a diversificação da economia.

Nessa conjuntura, o aumento do número de fábricas e da exploração no setor produtivo tem como reação a mobilização dos trabalhadores. Mas esse processo referente ao governo Vargas realiza importantes mediações nos conflitos de classes com o foco de apaziguar os conflitos entre os trabalhadores e a burguesia crescente. Nesse sentido, como consequência deste processo, tem-se a incipiente conquista de direitos sociais. Afinal, o processo da industrialização brasileira estava sendo impulsionado pelos altos investimentos desse governo e empresas, o que resultava no crescimento do número de trabalhadores no setor fabril e nos altos lucros para os investidores e o governo. Além desse processo de resposta institucional, como referem Duriguetto e Montañó (2011), “em 1930 é criado o

Ministério do Trabalho, que busca incorporar os sindicatos para o aparelho estatal definindo-os como órgão de cooperação e colaboração estatal”.

O desenvolvimento das forças produtivas no país gerou reação por parte da classe trabalhadora, que vivia intensas jornadas de trabalho nas fábricas e acesso à saúde somente mediante contribuição. Sendo assim, o contexto da exploração e a precária condição de vida dos trabalhadores mantinha a organicidade dos mesmos, afinal as contrapartidas do Estado não diminuam a exploração e as condições de vida não mudavam.

O Partido Comunista Brasileiro<sup>5</sup> (PCB) aglutinou representativamente os trabalhadores insatisfeitos e pressionou os governos em defesa da ampliação dos direitos trabalhistas. O PCB era composto por muitas organizações de esquerda, em torno da Estratégia Democrática Nacional<sup>6</sup>, a qual se caracterizava pela aliança dos segmentos dos trabalhadores à burguesia nacional contra a burguesia internacional.

No cenário internacional, os movimentos organizativos da classe trabalhadora geraram reação da burguesia que disseminava ideologia numa perspectiva anticomunista, com objetivo de manter a dominação e exploração, buscando desqualificar as experiências socialistas como a Revolução Russa e, posteriormente, a Revolução Cubana. Além disso, a burguesia tentava driblar os reflexos das Grandes Guerras e da crise de superacumulação de 1929, para tanto, se fazia necessário retomar a produção a partir de novos métodos, tendo como consequência a exploração dos trabalhadores. Ou seja, a classe burguesa dominante necessitava que:

[...] a saída da crise fosse combatida pelo próprio capital por meio de profundas alterações nos padrões de acumulação e regulação, enfrentando e revertendo a queda da taxa de lucro e combatendo e minimizando a conflitividade social das lutas de classe; os objetivos eram ampliar a acumulação capitalista e legitimar a ordem social vigente. (DURIGUETTO E MONTAÑO, 2011, p. 150)

Desenvolve-se, nesse cenário mundial, um novo modo de gerenciamento da produção, chamado de *fordismo*, o qual se caracteriza pelo aumento da produção através de linhas de montagens em série, nas quais o trabalhador perde a autonomia de seus movimentos, pois o modo como os objetos chegam até o trabalhador determina o tempo de sua atividade, como caracterizam Duriguetto e Montañó (2011). Portanto, a conjuntura mundial instável criou condições para que novos pensamentos se desenvolvessem com o objetivo de manutenção

<sup>5</sup> Segundo Duriguetto e Montañó (2011), “O Partido Comunista Brasileiro foi fundado em 25 de março de 1922 por um grupo caracterizado como anarcossindicalista. No entanto, as experiências da Revolução Russa influenciaram transformando as bases do PCB que se voltou para o marxismo leninismo, com relação ao estudo e divulgação das ideias revolucionárias para o cenário brasileiro”.

<sup>6</sup> Segundo Iasi (2012), a Estratégia Democrática Nacional tinha como principal objetivo desenvolver as forças produtivas no país até chegar ao processo revolucionário de tomada do poder pelos trabalhadores.

capitalista e conciliação de classes evitando conflitos, assim sendo, emergem as teorias que embasaram e materializaram o Estado de Bem Estar Social. Afinal, o momento histórico deveria dar condições para a subsistência dos trabalhadores de modo a produzir algum grau de satisfação da classe explorada.

O Estado de Bem Estar Social, inspirado no *Keynesianismo*, tem como premissas, conforme Duriguetto e Montañó (2011), “a intervenção estatal na regulação capital trabalho, a garantia da reprodução da força de trabalho, a expansão capitalista respondendo a algumas demandas dos trabalhadores”. Ou seja, desenvolveu-se um modo de organização em âmbito estatal que incorporava demandas dos operários buscando apaziguar os conflitos entre trabalhadores e burguesia.

Os processos da conjuntura internacional também influenciaram a realidade brasileira – principalmente em relação às demandas institucionalizadas pelo Estado, que se espelhava no âmbito internacional – e basearam o desenvolvimento da política social no Brasil, a qual também tinha como objetivo apaziguar os conflitos e garantir a reprodução da classe trabalhadora. Além disso, o clima anticomunista instaurado pela Guerra Fria contribuiu para o combate às organizações dos trabalhadores. Nesse processo, o PCB é colocado na ilegalidade pelo Governo Dutra, levando a exílio ou prisão quem fosse filiado ao partido, conforme Duriguetto e Montañó (2011).

No final dos anos 1940, no Plano Salte<sup>7</sup>, o setor Saúde destaca-se como uma estratégia, pois, no processo, evidencia-se que a concepção de saúde torna-se “fundamental na reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras e um setor considerado rentável pelos agentes econômicos” (DIAS, 2012, p. 1031).

Em 1950, Vargas retoma o poder, fortalecendo o discurso nacionalista. No âmbito da saúde, neste período cria-se o Ministério da Saúde, em 1953. Nessa conjuntura, a criação do ministério evidencia o atrelamento do Estado ao setor privado, o qual se materializou através do financiamento à Fundação Rockefeller<sup>8</sup>.

O ano de 1960 é marcado por forte mobilização operária e camponesa. Nasce o Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), afinal, trabalhadores do campo eram excluídos das legislações trabalhistas e do direito à organização sindical. No ano de 1963,

<sup>7</sup> O Plano Salte (Lei Federal nº. 196, de 1948, aprovado através da Lei nº. 1.102) é um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950), que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/plano-salte/>>

<sup>8</sup> Segundo Dias (2007, p. 30), “Brasil e EUA assinam, em Washington, o Acordo Básico, com o apoio da Fundação Rockefeller, que define responsabilidades em relação às garantias sanitárias, a fim de desenvolver na área de extração de borracha na Amazônia as atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médica sanitária aos trabalhadores daquele setor da economia”.

acontece a célebre greve dos 700 mil operários em São Paulo, como referem Duriguetto e Montañó (2011), esta greve caracteriza-se por ser uma das maiores manifestações da história do movimento operário no país.

Nesse contexto, é necessário ressaltar que o Brasil, com o incentivo da burguesia nacional e internacional, retomou a alta produção no período pós-crise, pois se fazia necessário aumentar a dominação e controle político/econômico. A retomada da produção em larga escala caracterizou o período de 1946 a 1964 como “desenvolvimentista”. Esse período trouxe como resultado as contradições intrínsecas da própria dinâmica capitalista, quais sejam a produção de miséria para a classe trabalhadora concomitante à alta produção de riqueza pelos trabalhadores, apropriada pelos donos dos meios de produção.

As problemáticas enfrentadas pelos trabalhadores envolviam as condições de vida que correlacionam o aumento salarial e o acesso à saúde, portanto, essas demandas compunham os principais motivos das reivindicações da época. Ou seja, os conflitos de classes nesse período são acirrados e materializados por manifestações dos trabalhadores em centenas de greves e outras articulações setoriais.

O golpe militar foi uma resposta dada ao acirramento da luta de classes marcado pelo desenvolvimento do potencial orgânico que os trabalhadores, ao longo do século XX, desenvolveram. Conforme Bravo (2011), outro motivo que compunha o golpe foi o de internacionalizar o capital, beneficiando a classe burguesa, o que reflete o patrocínio da hegemonia Norte Americana na realidade brasileira. Desse modo, o papel do Estado volta-se, com mais força, ao benefício do grande capital, “despolitizando as questões sociais tratando-as com critérios, supostamente neutros e objetivos, de racionalidade técnica” (BRAVO, 2011, p. 57). Como refere a autora,

A ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho estatal, de modo a garantir a estabilidade social e política conveniente ao capital financeiro nacional e estrangeiro. A violência estatal se transformou em poderosa força produtiva ao controlar a classe operária, favorecendo a produção de uma taxa extraordinária de mais-valia. (BRAVO, 2011, p. 56)

Corroborando com a concretização do projeto ditatorial que visava à privatização, no âmbito assistencial, em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou os institutos existentes que antes eram ramificados por categoria. Com isso, excluíram-se os trabalhadores da participação direta na administração, conforme Dias (2012). Essa mudança construída pela lógica da privatização, no âmbito da saúde manteve a dicotomia entre a saúde pública e a saúde individual. Desse modo, “as doenças que afetavam os grandes segmentos da

população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou responsável pelo setor previdenciário” (BRAVO, 2011, p. 59).

Nos anos de 1970, evidenciou-se a crise do “milagre econômico”, que aprofundou a dívida externa, sendo seus efeitos rebatidos diretamente à classe trabalhadora, que sofria com a elevação da taxa inflacionária, o desemprego, o crescimento da mortalidade infantil e a morbidade por doenças infecciosas, como ressalta Bravo (2011).

O momento de instabilidade do regime proporcionou que o setor empresarial e o setor estatal acirrassem as disputas. Nesse momento oportuno, ascendem movimentos da sociedade civil que se organizaram reivindicando melhorias e atenção à saúde pública no país, tendo como base a situação concreta dos trabalhadores – marcada por agravos de doenças e falta de acesso à saúde.

Em 1980, a conjuntura nacional é marcada pelos resultados da crise econômica que partiu da desestabilização no mercado internacional do petróleo em 1973 e se evidenciou durante o período ditatorial. Nesse cenário de crise intensifica-se a mobilização social pela redemocratização do país e pela garantia do direito a melhores condições de vida.

Nesse período, destacam-se movimentos como pela Anistia, movimentos da Igreja Católica, Movimento Estudantil – com a reconstrução da União Nacional dos Estudantes (UNE), etc. Entre esses se destacam organizações operárias, principalmente o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo/São Paulo, que fizeram críticas contundentes ao regime, afinal foram os metalúrgicos os principais agentes do “milagre econômico”, como refere Bravo (2011). Esse processo culminou no nascimento do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT), os quais se caracterizavam por serem importantes instrumentos de organização e luta dos trabalhadores naquele momento histórico. Sobre o PT, Iasi (2012, p. 378) refere que:

A repressão ao movimento grevista de 1978/1979 foi essencial ao desenvolvimento da constatação da “necessidade objetiva”, nos termos da própria carta de princípios, de criação de uma organização política própria dos trabalhadores. É neste sentido que o caráter anticapitalista se faz acompanhar de uma outra característica inicial do partido que surgia: caráter classista.

No período derradeiro da repressão tornou-se insustentável manter a repressão por parte do Estado – que vivia um momento de deslegitimação. Por isso, a saída foi a abertura política. Portanto, nesse momento histórico a questão da Saúde deixa de ser um problema

individualizado passando a ser uma pauta importante, assumindo uma dimensão política e configurando a Reforma Sanitária.

A reforma sanitária caracterizou-se pelos avanços de propostas elaboradas por diversas forças sociais com o intuito de garantir o direito à saúde, que se materializará no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, ressalta-se uma importante construção da época, a 8ª Conferência de Saúde (1986), que se caracterizou pela direção política da discussão a qual expressava o amadurecimento frente às demandas na área de saúde. Nesse contexto, Bravo (2011, p. 110) refere que esta conferência contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas e, além disso, não houve a participação dos setores empresariais da saúde – “em protesto contra os princípios da conferência que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e pela ampliação do número de delegados”.

A partir dessa conferência, formou-se a agenda da Constituição Federal (CF) de 1988, na qual foram definidos cinco artigos referentes à Saúde (Art. 196-200), tendo como princípios a universalização, descentralização e participação através do um Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, a Constituição Federal deu bases à construção das Leis Federais 8.080/90<sup>9</sup> e 8.142/90.<sup>10</sup> De acordo com Dias (2007), o processo buscou efetivar a ruptura com a forma histórica de constituição da política de Saúde no Brasil, que se caracterizava como autoritária, privatista, hospitalocêntrica e meritocrática.

Sendo assim, a conjuntura impulsiona a consolidação do movimento político de reforma sanitária, protagonizado por diversos segmentos e forças políticas da sociedade civil. O processo de luta foi incorporado pelo Estado, que buscava conciliação entre os conflitos. As forças políticas mais expressivas corroboraram para que as conquistas fossem institucionalizadas – o que gerava um processo de conciliação nos conflitos.

O ano de 1990 é marcado pelo contexto latino americano de Reforma do Estado, tendo a globalização um papel importante de impulso para transformações que afirmam o modelo capitalista neoliberal. Essa reforma de caráter neoliberal teve como características a diminuição da intervenção do Estado e a valorização do mercado para a manutenção do capitalismo, pois se fazia necessária à dinâmica capitalista transformar-se com o objetivo de alcançar um novo momento de aumento da exploração e lucratividade. Nesse sentido, o momento

---

<sup>9</sup> Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [define os parâmetros para o modelo assistencial e estabelece os papéis das três esferas de Governo. Institui o Sistema Único de Saúde].

<sup>10</sup> Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

de reestruturação produtiva busca inovar, superando efetivamente os resultados da crise de 1970.

O ideal de modernizar e dinamizar o Estado Brasileiro, valorizando a administração empresarial, tinha como objetivo minimizar a ação estatal e uma das formas seria através do repasse do fundo público ao setor privado. O governo Fernando Henrique Cardoso explicitou essa tendência em 1995 no Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado, “que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam coordenar e financiar as políticas públicas e não executá-las” (CORREIA, 2011, p. 43).

Nesse contexto de modernização de privatizações ascendem as terceirizações e parcerias público-privadas, materializando a proposta privatista. Como exemplos: Organizações Sociais, Organizações Filantrópicas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (terceiro setor), sendo legalizadas no final dos anos 1990, segundo Nogueira (2004). As três formas de organização estão em consonância com o marco político do plano de reforma do Estado que mistura o âmbito estatal com o privado de interesse público. A reforma do Estado também pretende a inovação técnico-produtiva das empresas em consonância com o processo de reestruturação produtiva para a circulação de mercadorias e de capitais em escala transnacional, conforme coloca Silva (2004).

O estágio maduro do capitalismo no Brasil é caracterizado pelo avanço do projeto neoliberal que, visando liberdade econômica e a efetividade das altas taxas de lucratividade, propõe-se a gastar minimamente com as políticas sociais e repassar para o setor privado os compromissos com a saúde e com outras políticas sociais. Esse processo resulta na precarização da prestação de serviço e do trabalho, pois se flexibiliza o vínculo empregatício sem assegurar devidamente os direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores.

O SUS, mesmo que suas pautas de luta ao longo do processo fossem incorporadas pelo Estado, caracteriza-se por um processo plural fortemente ligado a valores de emancipação e garantia de direitos. Ao longo dos anos, o que aconteceu foi exatamente o contrário do que se buscou a partir do processo de Reforma Sanitária. Esse processo inverso materializou-se quando os ditames neoliberais possibilitaram a ascensão das privatizações, que se desenvolveram de forma a atrelar o setor público ao setor privado.

Esse cenário resulta na precarização da Saúde, refletindo na qualidade dos serviços prestados e em formas de precarização do trabalho na Saúde. Sendo assim, a realidade concreta criou a necessidade de diversos setores colocarem-se em luta, convergindo na

construção da organização da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde<sup>11</sup>, formada em 2010, contra o desmonte do SUS e composta por diversas entidades como movimentos sociais, movimento estudantil, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos e partidos políticos.

Nessa conjuntura, o decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, é criado “Pretendendo organizar o SUS com relação ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”. Esse decreto regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, referindo-se aos serviços da rede de saúde e a corresponsabilidade entre os entes federados. Nesse sentido, é possível perceber tentativas de reorganização do SUS a partir do processo legal o qual materializa as disputas do cenário atual em que “preferiram, portanto, a via tecnocrática e ‘decretista’, com forte aquiescência de um Congresso submisso ou pragmático” (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 155). Esse cenário, caracterizado pela criação de bases legais, foi também reproduzido no âmbito da Saúde Mental – como veremos no próximo capítulo.

Retomando o contexto do nascimento da Frente Nacional Contra a Privatização, a qual é produto da conjuntura atual, será necessário pontuar três fatos importantes: primeiro, o Banco Mundial formulou um documento que propunha o modelo das Organizações Sociais e de outras formas de gestão que – na aparência – são defendidas como estratégia de “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público”<sup>12</sup>; segundo, também em 2007, no governo Lula, a lógica proposta pelo Banco Mundial efetiva-se com a proposta de fundações pelo Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) na Saúde, em que “as instâncias centrais de gestão SUS coordenarão as fundações”<sup>13</sup>; terceiro, será em 2011, com o Projeto de Lei n. 1.749/2011 – que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – em que os contratos de trabalho concretizam a precarização, como exemplo, haverá contratos temporários de dois anos. Além disso, se caracterizará “como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”<sup>14</sup>.

Os fatos trazidos no parágrafo anterior demonstram que, nessa conjuntura, o projeto de privatização está sendo consolidado pelo Estado, atualmente administrado pelo PT. Portanto,

---

<sup>11</sup>Segundo Correia (2011, p. 48) Algumas bandeiras de luta da Frente tem sido: pela inconstitucionalidade da Lei que cria as Organizações Sociais; Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade, contra precarização do trabalho, contra todas as formas de privatização da rede pública, fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU), entre outras pautas.

<sup>12</sup>BANCO MUNDIAL, 2007 apud CORREIA, 2011, p. 44.

<sup>13</sup>CORREIA, 2011, p. 44.

<sup>14</sup>CORREIA, *loc. cit.*

esse partido, como ressalta Iasi (2012, p. 357), “talvez um dos maiores e mais significativos partidos de base trabalhadora já criado na América Latina” – para conquistar e manter-se na esfera política, transformou-se em seu contrário, atrelado aos interesses da burguesia nacional e internacional. Ou seja, excluiu as demandas dos trabalhadores que historicamente o construíram.

Na atualidade, é imprescindível perceber que a trajetória da luta de classes inserida numa conjuntura mais ampla entendida como totalidade demonstra que

Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” –, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional na seguridade social. Isso ocorreu vis-à-vis um crescimento da demanda social, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real. Isso significou uma ausência de política social? Claro que não, mas as formulações de política social foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto. (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 155)

O cenário sócio-histórico descrito neste capítulo está intrínseco ao desenvolvimento da política de Saúde Mental no Brasil e Rio Grande do Sul. A conjuntura determinou o percurso que a Saúde Mental no contexto da luta de classes trilhou ao longo da história, a qual será pontuada e discutida no capítulo seguinte.

### **3.2 A trajetória da política de Saúde Mental no Brasil e no RS – reforma psiquiátrica**

A repercussão no Brasil sobre o trato com a doença mental deu-se com algumas semelhanças ao processo europeu. O manicômio no Brasil é também a base material da exclusão e segregação social daqueles que, além de serem considerados loucos, precisavam de condições materiais para sobreviver. Manter a ordem social gerava a necessidade de excluir aqueles que a atrapalhavam, sendo estes segregados ainda no período imperial, com a inauguração do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro em 1852.

Do mesmo modo como aconteceu no âmbito da saúde, conforme Dias (2012), na chamada Província de São Pedro – atual Estado do Rio Grande do Sul – quem recolhia os doentes mentais das ruas eram as Santas Casas de Misericórdia – prestando assistência social, o que caracterizava as ações dessa instituição religiosa. No entanto, os gastos para essas instituições filantrópicas mobilizaram que o governo se responsabilizasse por essa demanda, por tanto, em 1884, nasce o Hospício São Pedro renomeado como Hospital Psiquiátrico São Pedro em 1961, segundo Dias (2012).

Nas décadas iniciais do período Republicano do século XX, a concepção higienista e de eugenia eram presentes no âmbito da saúde pública influenciando as ações no âmbito da saúde mental. A eugenia, de acordo com Dias (2012), foi um movimento intelectual que, entre outros interesses, buscava novos comportamentos sociais para evitar os efeitos consequentes do processo de miscigenação.

O Estado Brasileiro, a partir da década de 1930, caracteriza-se por centralizar ações dando respostas ao contexto da crise de 1929, com objetivo de progredir o país com industrialização. Além disso, como visto no capítulo anterior, os trabalhadores que se colocaram em luta foram se contrapondo ao processo de exploração. As dinâmicas da luta de classes que foram trazidas nesse trabalho delinearão as ações do Estado, configurando assim o desenvolvimento das Políticas Sociais. Ou seja, as políticas sociais foram construídas no cenário sócio-histórico de disputas entre a classe trabalhadora e a classe burguesa.

Em 1929, junto ao cenário que envolve respostas públicas às demandas sociais, tem-se “o Congresso de Higiene e Hospitais, na cidade de Rio Grande, RS, que discutiu a criação de Anexos Psiquiátricos nos hospitais gerais das principais cidades do RS” (DIAS, 2012, p. 1027). No entanto, as ações do Estado eram direcionadas aos trabalhadores contribuintes, portanto, na Saúde Mental, manteve-se a segregação e as péssimas condições de sobrevivência aos alienados que não compunham a massa trabalhadora. As realidades nos manicômios perduraram ao longo do séc. XX, com os doentes mentais enclausurados em condições insalubres e sofrendo diversos tipos de maus tratos – o que causou milhares de mortes ao longo do tempo.

Nessa conjuntura, de acordo com Dias (2012), a hegemonia americana afirma o modelo assistencial hospitalocêntrico influenciando o país na construção de novos hospitais, concretizando-se em 1946 com o “Decreto Lei n. 8.550 autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos” (DIAS, 2012, p. 1031).

O processo de industrialização aumentou o número da população nas cidades que se deslocaram da zona rural para a zona urbana em busca de melhores condições de vida. O desenvolvimento das cidades, que necessitava de mão de obra, absorveu parte dos trabalhadores no mercado. No entanto, outra parte da população trabalhadora não se adequou ao processo produtivo em ascensão. Nesse contexto social, as políticas no âmbito da saúde mental e o desenvolvimento das forças produtivas consubstanciaram o aumento no número de manicômios e, portanto, esses trabalhadores que migraram para as zonas urbanas sem

conseguir manter suas necessidades de sobrevivência foram destinados aos hospitais psiquiátricos – que estavam sendo criados aliados ao ideário norte americano de tratamento.

Esse foi o percurso histórico que criou e manteve os manicômios no Brasil como espaço terapêutico, o qual possibilita compreender concretamente que a lógica manicomial destina-se substancialmente à classe trabalhadora condicionada a miséria caso não se adegue aos ditames da produção capitalista. Além disso, é possível que a condição de miséria contribua para o desenvolvimento de um sofrimento mental caracterizado, historicamente, como loucura. Basaglia (2005 apud SCHÜHLI, 2008 p. 60-61) contribui com reflexões nesse sentido:

Mas o ponto focal que a nova lei italiana tende a despedaçar é a lógica da marginalização de classe, permitida pelo manicômio e pela psiquiatria, sem encerrar com novas teorias a crise aberta. O que nos permite ver diretamente de quais necessidades insatisfeitas se alimenta o distúrbio psíquico, de quais frustrações concretas, quais impotências reais fazem explodir a doença, quando se decidiu não ver o que se quer encobrir com aqueles símbolos. Isso não significa afirmar que o sofrimento psíquico se origina somente da miséria material (que certamente tem seu peso, tanto no nascimento do distúrbio quanto no tipo de resposta que este recebe), mas que existe uma miséria social que nos impede de expressar nossas próprias necessidades e nos obriga a encontrar caminhos anômalos e tortuosos, que passam através da mediação da “doença”, porque nos é impedido expressar-nos de modo imediato.

As críticas aos hospitais psiquiátricos evidenciam-se após a Segunda Guerra Mundial. A experiência nos campos de concentração foi remetida à realidade dos doentes mentais, os quais sofriam violências sendo tratados de forma desumana. Portanto, essa conjuntura deu sustentação aos questionamentos dos trabalhadores que historicamente pactuavam com a realidade dos manicômios. Outro acontecimento importante no processo histórico que buscava dar visibilidade às atrocidades cometidas no âmbito da Saúde Mental foi a Declaração dos Direitos Humanos no ano de 1948.

No período ditatorial, o setor Saúde em geral foi marcado por ações que corroboraram com a tendência histórica da privatização neste âmbito e de outras políticas sociais. Na política de Saúde Mental no estado do Rio Grande do Sul destacava-se a política pública para a criação e organização de serviços ambulatoriais, com o Decreto n. 16.722, seguindo uma lógica de regionalização e densidade demográfica. O âmbito estatal e privado constituíram os ambulatorios pelo interior do estado, no entanto, o tratamento era vinculado ao tratamento hospitalar, de acordo com Dias (2012). A Conferência de Alma-Ata também impulsionou esse processo com o “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento” (DIAS, 2012, p. 1036).

As concepções de higiene mental, de acordo com Dias (2012), visavam resolver o déficit de hospitais psiquiátricos através da distribuição de ambulatórios de saúde mental pelo país. Nesse sentido, o Plano Integrado de Saúde Mental (1978) prevê a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental em âmbito estadual que, de acordo com Dias (2012), no Rio Grande do Sul, esse plano possibilitou a realização do programa de setorização no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), em 1973.

Esse programa de setorização foi um processo de desospitalização no HPSP, pois o processo resultou “na diminuição de pacientes no HPSP, passando de 5.000 a 1.915 internados no final deste período” (DIAS, 2012, p. 1037). Ou seja, repassou-se a responsabilidade do Estado à sociedade sobre os cuidados dos usuários. Nesse momento, surgiram algumas pensões particulares que absorviam a demanda de usuários saídos dos Hospitais Psiquiátricos.

Nessa conjuntura, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que possibilitou efetivar as privatizações. Além disso, realizaram-se estudos que evidenciaram a lógica posta pelas necessidades do período ditatorial, revelando que crescera 15% as internações psiquiátricas desde a década de 1970, sendo que havia indicações desnecessárias e manipulação de diagnóstico, como apresentou Dias (2012). Como resposta às evidências, cria-se a portaria n. 3.108, lançada para regular mudanças no modelo assistencial em Saúde Mental, tendo como princípios atenção primária, equipe multidisciplinar, tratamento extra-hospitalar, entre outros.

No processo de redemocratização que envolveu o protagonismo de segmentos da sociedade civil, a luta específica pelos direitos aos usuários de saúde mental destacou-se pela necessidade de denunciar a realidade das pessoas que historicamente foram internadas em manicômios – as quais ainda eram isoladas do convívio social e sofriam diversas formas de violência e negligência.

As mobilizações que denunciavam os manicômios tiveram como inspiração a experiência italiana, na qual usuários, associações de familiares, estudantes, trabalhadores deste setor, entre outros, uniram-se para denunciar o descaso da saúde pública na realidade italiana e a negação de direitos básicos àqueles institucionalizados em clínicas psiquiátricas. No Brasil, com suas peculiaridades, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial também buscaram romper com a lógica dos manicômios e de sua resultante exclusão social – a qual estigmatiza e, individualmente, culpabiliza os sujeitos pelo sofrimento mental de forma descolada aos rumos da conjuntura econômica/social.

Na busca por transformações, profissionais, usuários e familiares protagonizaram as mobilizações que resultaram em bandeiras de luta, como no 1º Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1979, cujo tema central deu-se pelo título “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. Assim, avançaram a crítica sobre o tratamento manicomial, “compreendendo a doença mental como um determinante do contexto social, ou seja, a organização social gera exaustivas rotinas de trabalho, ausência de lazer, que resulta em desequilíbrio saudável aos indivíduos” (VALENTE, 1988, p. 17). Esse movimento de trabalhadores que envolveu greves culminou na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987.

No Brasil, a implantação da Reforma Psiquiátrica centrada na ampliação e aprimoramento de serviços que substituíssem o hospital psiquiátrico foi uma conquista histórica aos trabalhadores e usuários de saúde mental. Nesse sentido, é necessário retomar o processo histórico e seguir afirmando a importância da luta, pois a precarização da rede de serviços substitutivos dificulta a efetiva desinstitucionalização dos usuários ainda internados em manicômios ou em lugares que possuam a lógica manicomial de funcionamento. Desse modo, “colaborando para a existência de discursos segundo os quais a reforma psiquiátrica tem promovido desassistência e justificando a manutenção da estrutura psiquiátrica tradicional” (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009, p. 197).

O processo de desinstitucionalização é referente à experiência italiana que construiu a saída da pessoa com sofrimento mental de instituições com características manicomiais para reinserção social, garantido o cuidado integral e acesso aos serviços de saúde. Para isso, foi necessário que as políticas públicas fossem construídas para dar todo o suporte necessário, concretizando a desinstitucionalização. Afinal, sem as devidas capacidades concretas, a desinstitucionalização pode transformar-se em desospitalização – que é a retirada dos usuários de saúde mental das estruturas manicomiais sem o cuidado integral e garantia de direitos – ou seja, passando a responsabilidade de cuidado à sociedade.

A luta antimanicomial pela Reforma Psiquiátrica e a luta pelo direito à Saúde Pública foram movimentos organizados que se sobressaíram no processo de redemocratização na cena brasileira em 1980. Foram movimentos heterogêneos que se construíram dialeticamente no processo concreto de luta tendo objetivos comuns. Nesse contexto, essas lutas têm a finalidade de proteger a pessoa com sofrimento mental, proporcionando outra forma de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de atuarem na defesa dos Direitos Humanos, denunciando o modo desumano de tratamento às pessoas com transtorno

mental. Sobretudo, outra função importante delas foi questionar os conceitos utilizados pelo saber médico que corroborava com a reprodução da exclusão e segregação.

É importante destacar que a Reforma Psiquiátrica não busca somente apontar as instituições psiquiátricas, mas sim envolver uma nova cultura de cuidado e de compreensão da loucura. No entanto, criar nova cultura sobre a compreensão da doença mental não é uma tarefa simplista, tendo em vista a materialidade da sociedade dividida em classes, que segrega de forma a estigmatizar aqueles que não geram valor, ou seja, aqueles impossibilitados de trabalhar.

Algumas atividades que compunham o processo de luta dos trabalhadores, usuários e familiares foram importantes para a construção histórica tanto em âmbito nacional como estadual, como encontros e conferências que culminaram, no Rio Grande do Sul, na Lei da Reforma Psiquiátrica estadual em 07 de agosto de 1992. Com vistas a possíveis transformações no âmbito legislativo, o movimento da luta antimanicomial elaborou com o Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) o projeto de Lei 3.657/89, que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, resultando na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa legislação materializa as disputas no âmbito legal que, “no texto final refletiu a primazia dos interesses capitalistas burgueses” (MENDES, 2010, p. 378).

As conquistas no âmbito da saúde mental são contraditórias, na medida em que a lógica neoliberal, presente desde 1990 no Brasil, apoia a extinção dos manicômios, mas limita recursos financeiros públicos para a criação e aprimoramento dos serviços substitutivos que promovam cuidado e, também, diminui e/ou repassa o compromisso com as políticas sociais para a sociedade. Portanto, esse modo que se evidencia no percurso sócio-histórico da Saúde, no âmbito da Saúde Mental, destaca a lógica de desospitalização iniciada no período ditatorial como forma de dar respostas às demandas de lutas sociais.

Ainda em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (1990), avalia a assistência psiquiátrica na América Latina e recomenda que a saúde mental seja de base comunitária e local, com uma atenção psiquiátrica participativa, integral, contínua; alerta que o hospital psiquiátrico cria condições desfavoráveis aos direitos humanos e civis do portador de transtorno mental; e recomenda a criação de leis nacionais que protejam e garantam os direitos dos portadores de sofrimento psíquico. Essa resolução, conhecida como Declaração de Caracas, foi uma importante referência para que tais propostas fossem concretizadas.

Os primeiros serviços de atenção psicossocial são implantados em 1980 – ou seja, antes da promulgação da Lei n. 10.216 de abril de 2001. No RS, temos a implantação da Nossa Casa, serviço substitutivo de saúde mental em São Lourenço em 1988. Posteriormente, foram constituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se caracterizam como o serviço estratégico da política de saúde mental, visto que todos os usuários desta política devem estar referenciados a um CAPS de acordo com o território, para que os vínculos sociais dos usuários sejam fortalecidos, conforme a portaria que os regulamenta, n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS devem funcionar independentes de qualquer estrutura hospitalar, com equipe multidisciplinar e através de atividades que proporcionem ações para a reinserção social.

As demandas por espaços de moradia que se adequassem à lógica antimanicomial tiveram resultados no ano 2000, pois o poder público criou os Serviços Residenciais Terapêuticos, formalizados pela Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Os Residenciais Terapêuticos, no que tange a legislação, visam à superação do modelo hospitalocêntrico por uma lógica de cuidado integral na perspectiva de desinstitucionalização, entendendo a internação como última alternativa ao usuário, o qual deve estar referenciado ao CAPS local.

As conquistas referentes aos Serviços Substitutivos estão articuladas na Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, RAPS-SUS, que se caracteriza por ser uma conquista mais atual, sendo regulamentada pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS considera diversas legislações imprescindíveis para dar suporte ao atendimento integral aos usuários, centralizando diversos programas e ações no âmbito estatal. Além dos CAPS e Residenciais Terapêuticos, tem-se o Programa “De Volta para Casa” – PVC, criado pelo Ministério da Saúde segundo critérios definidos na Lei n. 10.708, de julho de 2003 e regulamentado pela portaria n. 2077/GM de 31 de outubro de 2003. O PVC é um programa que transfere renda visando à reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações psiquiátricas por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos.

Percebe-se que as conquistas em âmbito institucional produziram efeito sobre as lutas iniciais no período derradeiro da Ditadura Militar, pois aquelas demandas foram sendo incorporadas pelo Estado, de modo que, aparentemente, fosse possível corresponder a todas as demandas. Com isso, calou-se as mobilizações sob a aparência de que essas estavam obtendo respostas no âmbito estatal.

A retomada histórica no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Mental trazem elementos para este trabalho embasando a análise crítica ao sistema Capitalista. Esse modo de produção, que determina a vida material, determina também os processos de saúde/doença como unidades historicamente determinadas. Nesse sentido, as relações sociais que decorrem desse modo de produção produziram um trato com a “loucura”, alimentando o desenvolvimento econômico e, sobretudo, criando relações sociais de submissão e opressão da pessoa com doença mental. Tal processo foi vivenciado no Estágio Obrigatório, realizado no Residencial Terapêutico Nova Vida – que será analisado no próximo capítulo. No percurso do Estágio, constatou-se a intensa fragilidade do Sistema no que diz respeito à proteção social dos usuários com sofrimento mental e à efetiva desinstitucionalização.

### **3.3 O Residencial Terapêutico Nova Vida como precursor no processo de efetivação da política de saúde mental em Porto Alegre**

O Residencial Terapêutico Nova Vida (RTNV) – que na sua criação, em 1990, foi chamado de “Pensão Protegida Nova Vida” – foi o campo de estágio obrigatório em Serviço Social realizado no período de março de 2012 a julho de 2013. Segundo Michelini et al (2013), o RTNV é atualmente gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e foi criado para acolher cerca de 50 usuários que estavam em regime de moradia permanente na Clínica Pinel, na época conveniada com o antigo INAMPS.

Esses usuários ficaram sem atendimento com o descredenciamento do referido serviço com a política previdenciária. O descredenciamento e a possível desassistência aos usuários mobilizaram familiares e trabalhadores com o intuito de garantir direitos e continuidade ao cuidado. Nesse sentido, o processo de mobilização culminou na conquista de um espaço para os usuários e fortaleceu uma mobilização dando início a debates e construções de serviços substitutivos na saúde mental no município de Porto Alegre.

O processo de criação do RTNV – com o paradoxo da conjuntura de avanço neoliberal - foi cenário de debates para a criação de serviços substitutivos de acordo com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, como Cais Mental Centro, Oficina de Geração de Trabalho e Renda, hoje chamada de Geração POA, Casa de Transição e Serviço de Residencial Terapêutico Gomes Jardim como colocam os autores (MICHELINI et al, 2013). O processo de criação desta instituição, bem como a criação de outros serviços, foram consolidados antes

da regulamentação nacional de proteção e direitos aos usuários de Saúde Mental, portanto, demonstra que a cidade de Porto Alegre teve um papel importante, caracterizando-se como uma das cidades pioneiras na luta pela garantia de direitos no âmbito da saúde mental no país. Além disso, esta experiência de Residencial Terapêutico foi um modelo para o processo de criação de serviços substitutivos em âmbito nacional.

A partir desta experiência a cidade de Porto Alegre também sediou outras atividades que compunham a necessidade de efetivar a Reforma Psiquiátrica. Portanto, a necessidade de construir novos Serviços ampliou o debate sobre saúde, doença, exclusão, cidadania, loucura, direitos sociais, como refere Fagundes e Silva (2013). Deste modo, preparou-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental, em 1992, na etapa Municipal da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

No mesmo período aconteceu a aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, que também foi um marco histórico importante. A forte mobilização do poder público, dos usuários, familiares e trabalhadores desencadeou na formação da Comissão Municipal de Saúde Mental e da Comissão Estadual de Saúde Mental. As atividades das comissões junto com o movimento social organizado culminaram na construção de um projeto de desinstitucionalização para Porto Alegre, que se chamou: São Pedro Cidadão. Este projeto envolveu disputas políticas e um grande esforço por parte daqueles que estavam lutando pela garantia de direitos. Nesse sentido, a ocupação de espaços públicos fez parte das estratégias de mobilização dos agentes da luta antimanicomial, conforme Dias (2007).

Neste processo, a Comissão de Saúde Mental – CES formulou a Carta Instituinte São Pedro Cidadão, “cuja homologação foi efetivada somente na gestão estadual 1999 a 2002, quando esta proposta foi alçada a uma das prioridades do governo”, Dias (2013, p. 32). O São Pedro Cidadão foi relevante, pois os debates seguiram e deram bases para outro projeto sucessivo que desenvolveu as propostas de desinstitucionalização. O projeto foi chamado de Morada São Pedro e consiste em desinstitucionalizar os usuários que foram hospitalizados por um longo período no Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP (DIAS, 2007). Composto o processo de mobilização, criou-se o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, o qual busca contribuir com a superação do modelo manicomial articulando o protagonismo ao lado dos usuários e trabalhadores.

Diferente deste cenário que envolveu a criação do RTNV e de outros serviços, a vivência no campo de estágio foi marcada pela conjuntura que é caracterizada por um descenso das lutas sociais. Nesse sentido, o processo de aprendizagem evidenciou que parte desses Serviços que foram criados sofreram o processo de extrema precarização ou não

existem mais, com exceção do *Geração POA*. Ressalta-se que, desde sua criação, o RTNV é a única referência de moradia temporária para a cidade de Porto Alegre, onde residem 1.409.351 habitantes, segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2010. Desse modo, foi possível identificar outras contradições que compõem o processo histórico do RTNV, as quais serão ressaltadas no desenvolvimento do capítulo 4.

## **4 AS CONTRADIÇÕES DO TRABALHO NO RESIDENCIAL NOVA VIDA A PARTIR DA CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **4.1 A dinâmica atual do RTNV e o reflexo para os trabalhadores que sofrem com a precarização no âmbito da saúde mental**

O objetivo institucional do RTNV é estimular a aderência e continuidade de tratamento aos usuários com sofrimento psíquico que possuem dificuldade de socialização, estigmatizados por longas e repetidas internações psiquiátricas e/ou em vulnerabilidade social. Além disso, o modo de trabalho leva em consideração a vontade do usuário em permanecer na instituição e a construção do plano terapêutico individual. Este plano se caracteriza por ter um planejamento semanal entre usuário e equipe técnica, que parte de um diálogo de acordo com as necessidades e vontades dos usuários (MICHELINI et al, 2013). Estes objetivos estão de acordo com o artigo 4º da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, o qual direciona o processo de reinserção social com princípios e diretrizes para a construção do plano terapêutico individual:

- a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b. ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
- c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (BRASIL, 2004, p. 101)

Após determinado tempo na instituição – que é caracterizado pelo processo de reinserção social, entre outros objetivos do plano terapêutico – os usuários retornam para junto da família ou são direcionados para pensões particulares, caracterizadas por casas particulares em que o proprietário, por um determinado preço<sup>15</sup> compromete-se a cuidar dos usuários egressos do RTNV. Os egressos são acompanhados pela equipe técnica do RTNV

---

<sup>15</sup>Os usuários dispõem de um salário mínimo referente ao Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS) e ao Benefício do “Programa de Volta para Casa” com o qual remuneram a moradia e a alimentação disponibilizadas nestas instituições privadas.

através do projeto chamado *Equipe Itinerante*<sup>16</sup>, que tem por finalidade acompanhar os egressos nos locais onde habitam, mantendo o vínculo terapêutico construído ao longo da permanência na instituição.

A importância do vínculo terapêutico foi observada no processo de estágio nas visitas da Equipe Itinerante, pois os usuários demonstravam gostar da presença dos profissionais do RTNV. Como segue no relato, “Os usuários, principalmente as mulheres, abraçam a supervisora de Campo, e perguntam pelos outros profissionais do Residencial” (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 22/04/13).

Atualmente, para o aprimoramento dos Residenciais Terapêuticos, a Portaria 3090, de 23 de dezembro de 2011, altera a Portaria 106/2000 e redefine os residenciais terapêuticos como tipo I e tipo II, destinando recursos financeiros para incentivo e para implantação de novos residenciais no município. Essa Portaria contribui na garantia do espaço físico. No entanto, no RTNV há uma problemática que compõe seu processo histórico, pois desde sua criação este serviço manteve-se em espaços improvisados. No período de realização do estágio a instituição localizava-se numa casa alugada, em que era perceptível a inadequação do espaço, pois o local de trabalho da equipe técnica era na parte inferior da casa, numa garagem que fora adaptada a fim de dar mínimas condições para o trabalho da equipe<sup>17</sup>. Essa problemática envolve questões de sigilo ético, como refere o Código de Ética dos Assistentes Sociais (CFESS, 1993).

A nova regulamentação também criou um novo desafio no contexto institucional, pois a Portaria 3.090 de 2011 preconiza que o Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) deve estar vinculado a algum serviço/equipe de saúde mental de referência (CAPS). Desse modo, a instituição, ao longo do estágio, transformou-se, pois a equipe que permanecia integralmente no RTNV foi transferida para o complexo Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS, compondo a equipe de saúde mental e *matriciamento*<sup>18</sup> da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal. O trabalho que antes era voltado ao Residencial Nova Vida foi ampliado para todo o território de um Distrito de Porto Alegre, com o objetivo de *matriciamento* e atendimento individualizado para os casos *matriciados*. Esse cenário é relatado:

---

<sup>16</sup>“Este trabalho de itinerância foi reconhecido como de relevância e recebeu o prêmio Eleutério Rodriguez Neto na 1ª EXPOGEST – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS no ano de 2006” (MICHELINI, 2013, p. 82-83).

<sup>17</sup>A equipe técnica é composta por Terapeuta Ocupacional, Psicólogos, Assistente Social, Nutricionista, Enfermeira, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Serviços de Nutrição, Portaria e Higieneização.

<sup>18</sup>Segundo Chiaverini (2011), *matriciamento* “É uma proposta de ação interdisciplinar em que uma equipe assessora outra, de forma horizontal, com objetivo de apoio institucional no processo de construção coletiva de Projeto Terapêutico”.

Na reunião foram ressaltadas todas as mudanças institucionais, agora não somos mais funcionários estritamente do RTNV, agora os técnicos compõem a equipe de saúde mental e *matriciamento* da Gerencia Glória/Cruzeiro/Cristal, nesse sentido muda muito o processo de trabalho, estou confusa com isso apesar de saber que será algo muito rico pois aprenderemos com as outras equipes técnicas. Temos uma sala nossa, e umas 5 salas para atendimento. Agora a equipe é composta, além dos profissionais do RTNV, de mais dois psicólogos e o psiquiatra que é o coordenador do RTNV. Pelas discussões da reunião faremos, principalmente, *matriciamento*. No RTNV ficará somente um funcionário de ensino superior por turno (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 26/03/13).

As transformações ocorridas nas atividades dos profissionais ocorreram através de um processo vertical, ou seja, não foi construído pelos trabalhadores. Somaram-se mais três trabalhadores à equipe. No entanto, percebe-se que essa foi uma estratégia da gestão para dar conta de uma demanda da região do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Essa estratégia compõe a expansão dos serviços de Saúde Mental do município, que consta no Plano Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre 2014-2017, como segue:

A partir de 2010 evidenciou-se a urgência de revisão de algumas estratégias de atenção psicossocial. Desse modo, vem sendo desenhada uma rede que contemple ações efetivas na atenção primária, como as Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, Consultórios na Rua, qualificação dos serviços de média e alta complexidade e a expansão e instalação de novos serviços. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, p. 181)

Ou seja, o resultado desse processo corrobora com a precarização do trabalho de toda a equipe que, além da demanda do residencial, passou a dar conta da demanda no Distrito referido. Sendo assim, a necessidade de dar respostas às demandas no âmbito da saúde mental resultou no aumento da carga de trabalho. Nesse contexto, ressalta-se que antes da referida mudança a equipe já possuía uma demanda bastante ampla que se caracterizava por dar conta dos usuários do Residencial e dos usuários egressos do Residencial através da equipe itinerante.

Percebi a fragilidade concreta dos serviços públicos neste dia. Temos apenas um carro para dar conta das atividades de oito usuários que residem na casa e mais os usuários desinstitucionalizados que em certos momentos precisam dos auxílios da equipe do residencial. A fragilidade se expressa também na inexistência de funcionários públicos para atender a demanda como de acompanhamento dos usuários externamente. Neste contexto, sou convidada a acompanhar um usuário por que não havia outra pessoa para tal acompanhamento. A supervisora não permitiu minha ida analisando que os estagiários não devem fazer o trabalho dos técnicos. (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 23/05/2012)

O processo de estágio obrigatório realizado no RTNV revela exemplos concretos da precarização dos Serviços Substitutivos na cidade de Porto Alegre. Além disso, a instituição

revelou que a perspectiva da desinstitucionalização confunde-se com uma forma de desospitalização, pois a realidade vivenciada demonstrou que os direitos dos usuários não se efetivam. Um exemplo, é que os usuários não possuem atividades que desenvolvam suas potencialidades enquanto sujeitos, pois os usuários que moram nas pensões privadas não possuem vínculo com nenhum Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Deste modo, a dificuldade de envolvimento com a rede de saúde sobrecarregou a equipe Itinerante tornando-os os únicos responsáveis pelo acompanhamento dos egressos do RTNV.

Além disso, o local para onde a equipe foi direcionada, não oferecia condições de trabalho. Não havia sala com tamanho suficiente para trabalhar com grupos, o local era bastante úmido e sem ventilação. Este cenário envolve o trabalho do assistente social, o qual sofre com toda a equipe os rebatimentos do mundo do trabalho.

O Assistente Social, partindo de um processo de inserção e construção histórica, entende-se como um profissional especializado inserido na divisão sociotécnica do trabalho, segundo Iamamoto (2004). Portanto, como classe trabalhadora, vivencia os processos do mundo do trabalho evidente no processo de estágio. A atuação do serviço social na instituição se orienta pelo projeto ético-político materializado nos marcos legais que balizam a atuação profissional, como o Código de Ética de 1993 e a Lei de Regulamentação da profissão. O projeto ético-político não é algo estático, ele acompanha o desenvolvimento histórico da sociedade e das suas demandas numa perspectiva emancipatória e de defesa dos usuários que pertencem à classe trabalhadora. O Serviço Social possui uma construção histórica peculiar, tem um processo de trabalho que envolve um conjunto de atividades prático-reflexivas entendendo que toda e qualquer atividade técnica reflete posicionamento e acúmulo teórico/político. Portanto, não é uma atividade neutra.

O projeto ético-político é um amadurecimento da profissão que incorpora valores da teoria crítica para análise da sociedade, com fim na transformação social. Afinal, necessita-se da superação da contradição, ou seja, desse sistema social, para termos uma sociedade emancipada de fato. Por outro lado, enquanto vivemos nessa sociedade é imprescindível a defesa de alguns princípios como: “defesa intransigente dos direitos humanos, liberdade, cidadania, democracia, equidade, justiça social, combate ao preconceito, pluralismo, articulação com movimentos de trabalhadores, qualidade dos serviços prestados e combate a toda espécie de discriminação” (CFESS, 1993).

A materialidade do projeto ético-político dá-se no cotidiano do trabalho nos momentos em que se reflete e se efetiva o acesso dos usuários a algum direito conquistado historicamente. Neste processo, há valores que estão diretamente ligados à ação profissional.

Relacionando com o objeto deste estágio obrigatório, a construção coletiva de um plano terapêutico singular exemplifica que se busca construir junto com o usuário um processo de reinserção social e acesso à saúde de acordo com necessidade e possibilidade do sujeito. Nesse sentido, essa construção processual se dá numa realidade concreta e contraditória, que possibilita avanços ao mesmo tempo em que revela os desafios intrínsecos a este movimento.

O trabalho na instituição é interdisciplinar, no entanto, é a exclusão social, característica da sociedade dividida em classes de pessoas que possuem algum sofrimento mental, somada a outras formas de negação, como a violação de direitos no acesso à educação, à moradia, à geração de trabalho e renda, à saúde, entre outras múltiplas expressões da questão social, que se manifesta como demandas concretas no cotidiano do trabalho. A negligência e precariedade para com os serviços substitutivos também se caracterizam como expressões da questão social.

A “instrumentalidade” do assistente social é compreendida como instrumentos e técnicas somados ao aporte político, que através da mediação visam à superação das desigualdades sociais, portanto, tem uma função político/ideológica e não deve ser somente um somatório de técnicas. Nesse sentido, é o rigor teórico-metodológico que envolve a qualificação do profissional no conhecimento do contexto e das políticas sociais da realidade específica, neste caso, a saúde mental; somado ao aporte ético-político, o qual visa à superação a toda e qualquer forma de exploração humana. Portanto, o profissional deve ter posicionamento político que direcione sua prática. Compondo ainda as dimensões da profissão, as quais nunca devem ser segregadas, o aporte técnico-operativo deve efetivar a prática profissional.

Como objeto de intervenção profissional que requer uma ação articulada entre as três dimensões da profissão, a privatização dos espaços de moradia concretiza-se como expressão da questão social, portanto, é uma demanda do Serviço Social. Deste modo, entende-se questão social como um “conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem as intermediações do Estado.” (IAMAMOTO, 2004, p. 17). As realidades dos usuários egressos do RTNV envolviam formas de violência que corroboraram para que os usuários se mantivessem isolados dentro das pensões privadas sem autonomia. Desse modo, esta realidade contribui para a *cronificação* das doenças e manutenção de retrocessos, visto que houve frequentes reinternações. Esses cenários foram vivenciados e relatados nas reuniões semanais de equipe técnica no RTNV, portanto, foram trazidas informações sobre as condições inadequadas em que se encontram os usuários atualmente acolhidos nos espaços privados.

Nesse contexto, outra problemática identificada é com relação a precarização do trabalho realizado pela equipe técnica do RTNV, os quais são pressionados pelos gestores a encaminharem os usuários para retorno ao lar ou para as pensões privadas, tendo em vista a necessidade de disponibilizar novas vagas. Os trabalhadores do RTNV precisam “dar conta” e responder pela precariedade dos serviços de saúde mental da cidade de Porto Alegre, por exemplo, encaminhando os usuários para instituições nas quais se sabe que não se possui suporte para receber um usuário.

A moradia em âmbito privado retrocede os direitos conquistados historicamente aos usuários da Política de saúde mental, pois as pensões privadas não garantem qualidade nos serviços prestados e/ou reproduzem a lógica manicomial de segregação e tratamento voltado diretamente para a doença mental, não para um olhar integral do indivíduo. Essa contradição foi a base do projeto de intervenção, compondo o processo de Estágio Obrigatório em Serviço Social, que será salientado adiante.

#### **4.2 A realidade das instituições privadas a partir do processo de acompanhamento das pensões**

A inexistência de espaço de moradia à pessoa com sofrimento mental, por exemplo, não está descolada do contexto político-econômico que explicita a contradição intrínseca da sociedade capitalista, que é a contradição capital x trabalho. Essa problemática da moradia é uma aparência sendo a essência ligada ao percurso privatizador e mercantilista que a política de Saúde Mental trilhou junto a outras políticas sociais. Portanto, o processo de desinstitucionalização não se efetivou sendo substituído pela lógica de desospitalização vinculado ao projeto do capital.

A falta de alternativas para a moradia dos usuários reflete a inexistência de políticas públicas que efetive o projeto de desinstitucionalização historicamente reivindicado pelos Movimentos Sociais antimanicomiais. Desse modo, o processo de estágio obrigatório no RTNV revelou o cenário concreto do processo de desospitalização que visa somente retirar os usuários da estrutura institucional, revelando também a escassez dos serviços públicos que possibilitem algum tipo de acompanhamento aos egressos de Residenciais Terapêuticos que ofereçam cuidados aos usuários de Saúde Mental.

Desse modo, é possível inferir que o processo de implantação de serviços de Residenciais Terapêuticos permanentes em Porto Alegre não acompanhou com a mesma

proporção a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a efetiva reinserção social, de modo a garantir os direitos aos usuários de Saúde Mental. Esse fato levou ao surgimento de pensões privadas em Porto Alegre, que se caracterizam por seu caráter asilar – oferecem abrigo e alimento, mas não um trabalho especializado para reinserção social e autonomia, como prevê a legislação (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001). Sendo assim, afirma-se a lógica de mercantilização e privatização do direito ao acesso à moradia, à saúde e à reprodução da vida.

No processo de estágio, constatou-se que 50% dos usuários são direcionados a pensões particulares e que, conforme o acompanhamento realizado pela equipe itinerante, é possível identificar que esses espaços de moradia não possibilitam garantia e efetividade de direitos aos usuários que foram acolhidos no RTNV. Ao contrário, em alguns espaços foi possível identificar formas sutis de violência ao usuário. Portanto, a experiência prática aliada à formação teórica resultou na temática que consubstanciou as contradições salientadas neste trabalho.

O projeto de Intervenção elaborado no processo de estágio justificou-se partindo da materialidade da realidade na Saúde Mental em Porto Alegre. Sendo assim, a demanda que sobressaiu foi a necessidade de retomar o contato com as instituições privadas e conseqüentemente com os usuários egressos do RTNV. A ideia inicial era proporcionar suporte, principalmente ao cuidador do usuário de saúde mental, com o objetivo de contribuir ao tratamento terapêutico do usuário – visando à continuidade da construção de autonomia, respeito, acesso aos serviços de saúde, assistência social, lazer, entre outros. Sendo assim, buscaram-se ações que não se limitassem à doença mental, mas que visassem à promoção da saúde integral dos indivíduos.

A primeira fase do projeto – a elaboração do projeto de intervenção – ocorreu de setembro a novembro de 2012, conforme previsto anteriormente. Essa primeira parte incluiu reflexões sobre: justificativa, metodologia e objetivos, realizados a partir de análise da demanda e da discussão crítica-propositiva com a supervisora de campo e a acadêmica nas supervisões realizadas semanalmente. O projeto teve como título: *“Acompanhamento aos usuários de saúde mental nos residenciais privados: Efetividade dos direitos na perspectiva antimanicomial”* e o seu objetivo geral foi:

Resgatar o vínculo das pensões privadas para onde são encaminhados os egressos do Residencial Terapêutico Nova Vida com a rede de saúde a fim de que o acompanhamento terapêutico efetuado pelos cuidadores aos usuários da política de saúde mental seja assessorado na perspectiva de garantia de acesso de direitos e autonomia, bem como possa subsidiar políticas de atenção em saúde mental.

Enquanto os específicos foram:

I) Publicizar a problemática do projeto, bem como seus efeitos em atividades acadêmicas, institucionais e de controle social através de apresentações do projeto; II) Sensibilizar os cuidadores a fim de que participem do projeto; III) Contatar a rede de saúde mental de acordo com o território pertencente a cada pensão privada a fim de que assessorem os cuidados aos usuários da política de saúde mental.

A visita institucional foi um instrumento utilizado para alcançar os objetivos do projeto, conforme Sousa (2008), como uma ação técnica para conhecer o trabalho desenvolvido pela instituição e avaliar a qualidade do serviço prestado com base na política social. Para a visita institucional é importante a observação participante, que enriquecerá a análise – como será descrito no decorrer deste capítulo.

Para tanto, foram escolhidas três pensões privadas que terão nomes fictícios. O critério de seleção foi os diferentes números de usuários totais em cada instituição, conforme descrito no Quadro 01.

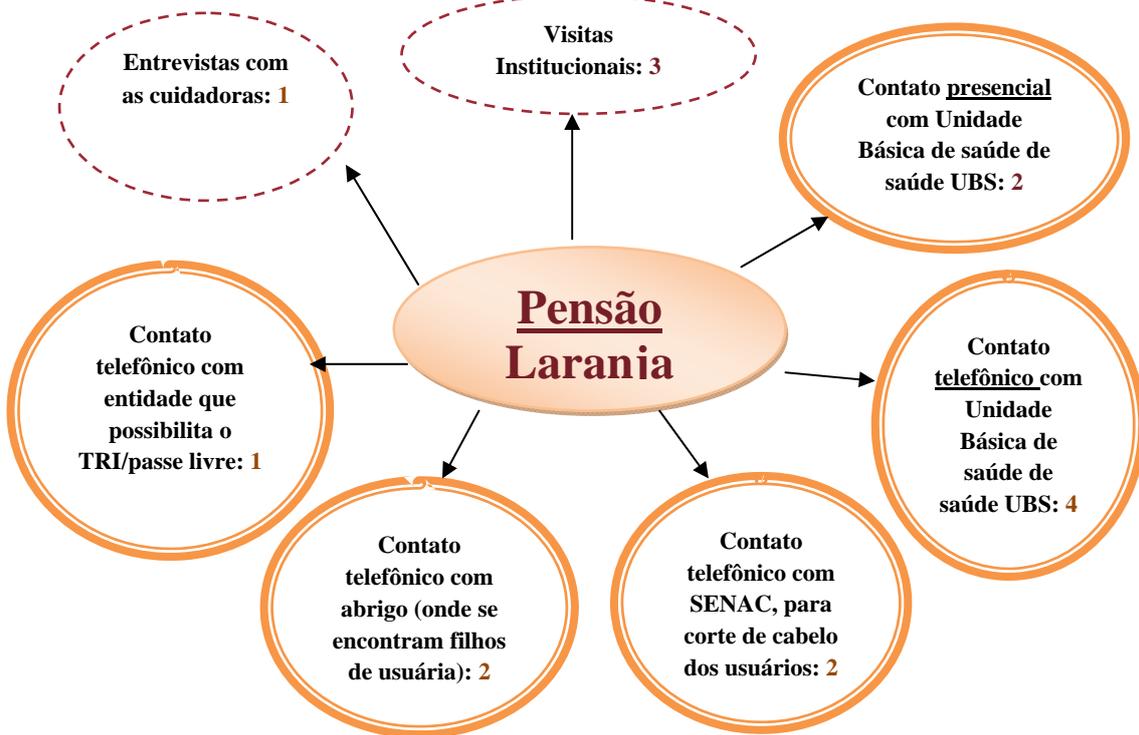
**Quadro 01** – Pensões privadas acompanhadas no Projeto de Intervenção

	<b>Pensão Laranja</b>	<b>Pensão Rosa</b>	<b>Pensão Vermelha</b> (são duas pensões, divididas por sexo)	
<b>Característica principal</b>	Lógica manicomial no cuidado	Família substitutiva	Lógica manicomial ferindo direitos de acordo com a legislação 10.216 e Direitos Humanos	
<b>Total de usuários</b>	8 mulheres e 2 homens	4 homens	Homens 29	Mulheres 18
	<b>Total de 10</b>	<b>Total de 5</b>	<b>Total de 47</b>	
<b>Tipo de sofrimento conforme prontuário</b>	Esquizofrenia, disfunção intelectual e depressão	Esquizofrenia e depressão	Prontuários não acessados (o público alvo não era somente de saúde mental)	
<b>Média de idade</b>	65 anos	27 anos	Prontuários não acessados	

Fonte: da autora, 2014.

Apresentaremos, a seguir, figuras extraídas do Relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social III, com a finalidade de visibilizar as ações realizadas na execução do projeto de intervenção.

**Figura 01 – Intervenções realizadas na pensão Laranja**



Fonte: PASQUALETO, 2013.

Obs.: Os balões que estão com o contorno mais forte referem-se às ações relacionadas à rede de saúde.

Nos primeiros contatos telefônicos com a cuidadora da pensão Laranja, o processo foi dificultoso, pois não havia aceitação da implementação do projeto de intervenção:

Depois de um tempo de diálogo e da minha escuta, a cuidadora acabou compreendendo a minha intenção que não é fiscalizar nem mudar a sua rotina de trabalho, mas sim refletir os direitos dos usuários e compor naquilo que for viável. Ressaltei a importância do trabalho dela para estas pessoas que não possuem família. Em fim, argumentei que meu projeto fazia parte de uma demanda da instituição que era assessorar os espaços que acolhem os usuários, pois a equipe é responsável no momento em que autoriza um usuário a ir morar definitivamente em um lugar privado (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 27/03/13)

A legislação 10.216 foi um documento fundamental tanto na construção do projeto, quanto no direcionamento das ações. Nesse sentido, a legislação que protege e defende os usuários de saúde mental foi um instrumento utilizado para dar direção ao debate com os cuidadores. Na pensão Laranja, foi discutido com a cuidadora:

Antes de iniciarmos a entrevista eu perguntei se ela tinha lido a legislação que eu tinha disponibilizado para ela, que era a 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e direito ao usuário de saúde mental - ela responde que sim, mas que não tinha entendido tudo. Eu ressalté alguns pontos da lei antes de iniciarmos a entrevista. Nesse momento inicia-se minha intervenção promovendo reflexão em

cima do que ela não compreendeu, mas que é importante que ela compreenda. (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 15/05/13)

Durante a execução do projeto, desenvolveram-se ações socioeducativas “que se estruturam sobre dois pilares. Um relacionado à socialização de informação e outro referente ao processo reflexivo desenvolvido na trajetória da relação estabelecida entre profissionais e usuários” (MIOTO, 2009, p. 502). Essas ações exploraram a dimensão socioeducativa da profissão de Serviço Social, através de processos reflexivos com os proprietários das instituições privadas. Além disso, o desenvolvimento prático do Projeto, na busca de atingir seus objetivos, incluiu outras ações como o contato com a rede de saúde do bairro. Nos diários de campo ressalta-se a busca pela rede de saúde do bairro:

Sáimos da pensão Laranja e fomos à UBS de referência. Na chegada, identificamo-nos e pedimos para falar com alguém responsável. Falamos com a enfermeira que é enfermeira chefe e conhece a cuidadora. Disse que regularmente vai até a pensão laranja. Ela nos relatou algumas questões que podem ser trabalhadas com a cuidadora. Primeiro elogiou, disse que a casa e o espaço dos usuários são muito limpos. No entanto, tem dias que eles parecem com higiene pessoal insuficiente. A enfermeira disse que também já conversou com a cuidadora. Diz também que ela já interrompeu o tratamento dos usuários, pois analisa que o remédio não está fazendo efeito. Nossa fala foi breve, mas trouxe elementos que confirmam a precariedade dos Residenciais privados. Trocamos contatos telefônicos (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 22/04/2013)

Na pensão Laranja foi possível identificar algumas contradições que demonstram o funcionamento da instituição na lógica manicomial. O funcionamento institucional com regras fixas como, por exemplo, horários definidos para escutar música e ver televisão corrobora com o ideário de padronização das pessoas com sofrimento mental, o qual era afirmado como terapêutico nas instituições manicomiais históricas.

**Figura 02 – Intervenções realizadas na pensão Vermelha**



Fonte: PASQUALETO, 2013.

Obs.: Os balões que estão com o contorno mais forte referem-se às ações relacionadas à rede de saúde.

Os relatos dos diários de campo referem-se à pensão Vermelha<sup>19</sup>, que revelou um funcionamento característico do formato manicomial:

Os quartos possuem somente cama com esponjas. A maioria não possuía lençol, daí percebe-se que estão furados, parecem estar velhos. Perguntei se algum usuário participava de atividades externas, a cuidadora disse que não dá certo que eles não conseguem. O usuário X ia ao CAPS mas brigou e não vai mais. Quanto aos familiares ela apontou cerca de uns 8 usuários que os familiares visitam. Perguntei se tem equipe 24 horas ela afirma que sim. Enquanto conversávamos um usuário começou a falar de sua vida e eu dei atenção, ele e mais um disseram que tem rato e barata ali, a cuidadora disse que não tem mais. A casa está em condições péssimas, falta pintura, todos os móveis envelhecidos, rachados e quebrados. O cheiro de urina era forte desde a recepção. O local parecia organizado, apesar de precário e mal higienizado. (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 30/12/13)

<sup>19</sup>A pensão vermelha será chamada a partir de agora de clínica, pois, conforme Diário de Campo, seu proprietário refere-se ao espaço como clínica.

Esse relato foi observado na clínica masculina, no entanto, na clínica feminina o cenário se repete, conforme o Diário de Campo (30/12/13), “as camas sem lençol, a falta de higiene, os móveis, seguem na mesma situação da clínica masculina”.

Nas ações relacionadas à Clínica Vermelha, João<sup>20</sup>, que é o proprietário, foi questionado em relação aos cuidados aos usuários, ao funcionamento da clínica, autonomia dos usuários, entre outras questões importantes para compreender o funcionamento da instituição. Conforme relato do Diário de Campo (30/10/12) sobre a autonomia dos usuários, ele verbaliza que

“tem receio de deixar alguns usuários ir até a rua, pois se eles fogem voltando pra casa e a família traz o usuário para a clínica novamente ficando muito incomodados com ele que é o proprietário, nesse sentido, há uma relação mercadológica em que ele é pressionado quando não atende aos interesses das famílias compradoras do serviço de manter os usuários longe de casa”.

Nas visitas, foi identificado que a clínica acolhe pessoas idosas com sofrimento mental e indivíduos que deveriam estar em um espaço que oferecesse tratamento para uso de drogas, não selecionando os usuários e não oferecendo um serviço que possibilite algum tratamento.

Foram realizadas entrevistas ao proprietário João, construídas no processo de supervisão de campo. Nas entrevistas, foi possível observar alguns elementos do funcionamento. Sobre os trabalhadores, são todos pagos pelo proprietário João, sendo eles: técnicos de enfermagem, cuidadores, faxineira, cozinheira, enfermeira e psiquiatra. O psiquiatra, segundo João, renova as receitas mensalmente. Além disso, “questionei sobre a curatela dos usuários, ele afirmou que é curador de 3 mulheres e de 3 homens. Ele é curador de dois usuários que foram moradores do RTNV” (DIÁRIO DE CAMPO, 14/12/12).

Nas entrevistas, buscou-se socializar alguns aspectos da legislação que dispõem da proteção e direito aos usuários de saúde mental. No entanto, havia limitações concretas com relação à concepção do proprietário em relação à saúde mental e às formas de cuidado. O desenvolvimento do projeto demonstrou algumas limitações e algumas questões as quais em âmbito institucional não seria possível se obter respostas e soluções. Portanto, buscou-se também a rede de saúde pertencente ao território de cada pensão com intuito de construir corresponsabilidade entre as equipes de instituições que devem se comprometer com os direitos dos usuários. Sendo assim, os desafios foram evidenciados, como segue no relato:

---

<sup>20</sup> Nome fictício.

Com o CRAS, falei com a Assistente Social que me passou seu telefone celular 9##### e me disse que sabia mais ou menos da situação da clínica vermelha, na conversa ela disse que a clínica estava irregular. Por fim disse que achava que o melhor a fazer, infelizmente era denunciar ao Ministério Público – MP. Disse assim: profissionalmente falando acredito que o melhor seja a denúncia ao Ministério Público. Percebo que ela se preocupa com o que está acontecendo naquele espaço e refere que a rede não terá moradia para quase 40 pessoas e que o mais efetivo é o MP. (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO, 01/04/13)

Foram realizados contatos com a Vigilância Sanitária, CRAS, CREAS e Equipe de Saúde Mental. Ao contatar o CREAS, a assistente social com quem já se havia conversado afirma que “o Ministério Público fará uma ação conjunta com a área da saúde, educação, vigilância sanitária, assistência social, entre outros para visitar locais e que a clínica de João estava na lista para receber a visita” (DIÁRIO DE CAMPO 19/04/13).

Ao contatar-se a Vigilância Sanitária – que já havia sido contatada no desenvolvimento das ações do projeto, evidenciou-se fatos importantes:

João recebeu uma Interdição Cautelar Temporária, pois foi identificado Risco sanitário. Esta ação pode gerar uma interdição permanente, pois ele possui outros processos em andamento. Ela indicou que João procurasse os familiares dos usuários para explicar a necessidade de diminuir o número de usuários e desligá-los do seu serviço. Mas não sabe se João o fará. (DIÁRIO DE CAMPO 19/04/13)

Essas questões judiciais levaram João a procurar a Assessoria Técnica em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Quando ele referiu essa necessidade, a estagiária referiu que poderia acompanhá-lo para conversar com a assessoria técnica, afinal ela estava acompanhando João e a instituição nas ações do projeto. O acompanhou, então, e puderam conversar sobre a possível legislação municipal que regulamentará as pensões privadas e, além disso, foi ressaltado a João que ele deverá transformar o funcionamento de sua instituição, bem como a lógica de cuidado utilizada, como segue o relato:

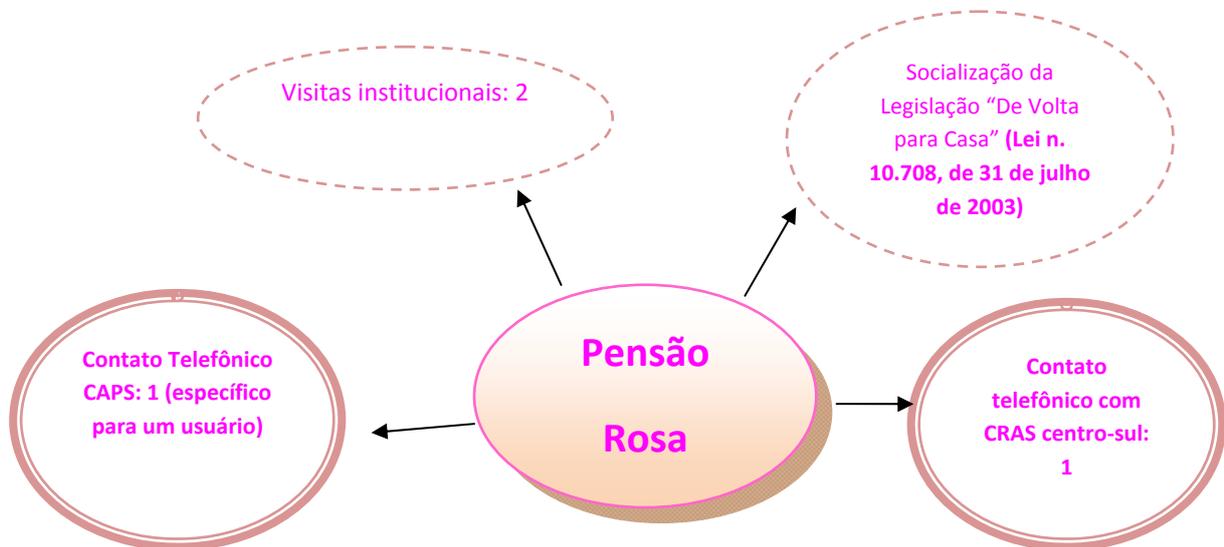
Rapidamente falei dos meus objetivos e ressaltai que João estava ferindo “todos” os direitos aos usuários se tivermos como principal documento a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção dos direitos dos usuários de saúde mental. A profissional que nos recebeu concordou comigo e disse que quando João iniciou seu trabalho sua instituição não era assim. E que ela já sabia que ele estava nessa situação há um tempo e que inclusive ela esteve presente na denúncia ao Ministério Público. Fiquei surpresa, pois eu não esperava essa ação dela deveria ter explorado mais como se deu essa denúncia. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/05/13)

A vivência e os contatos com a Rede de Saúde possibilitaram reflexões em relação à realidade da Saúde Mental e à forma como os serviços públicos corroboram com a violação de direitos. Sendo assim, algumas questões perpassaram o processo de estágio no projeto de

intervenção, tais como: Será que os cuidadores deveriam ser capacitados para realizarem o cuidado aos usuários? As capacitações contribuem para o efetivo cuidado? Capacitar os cuidadores não iria contribuir com a lógica de privatização do cuidado, perpetuando a existência de pensões? A legalização das pensões também não possibilitará que espaços inadequados continuem existindo? Como é possível existir espaços semelhantes aos manicômios com todo o avanço da política social atual?, entre outras reflexões.

Na pensão Rosa, as ações do projeto tiveram menos intensidade, pois as outras duas pensões acompanhadas demandaram mais ações. No entanto, seria necessário manter o acompanhamento dessa instituição com o intuito de compreender seu funcionamento.

**Figura 03 – Intervenções realizadas na pensão Rosa**



Fonte: PASQUALETO, 2013.

Obs.: Os balões que estão com o contorno mais forte referem-se às ações relacionadas à rede de saúde.

Na implementação do projeto na pensão Rosa, identificamos que a senhora Carmem<sup>21</sup> – que é a cuidadora – oferece um espaço e um cotidiano que incentiva a autonomia e a liberdade dos usuários. Trata-os como se fossem de sua família. Chama a atenção quando eles a chamam de mãe e, além disso,

Conta que aos finais de semana os seus familiares vão para a sua casa e fazem churrasco. Inclusive um deles aprendeu a fazer o churrasco. Todos são egressos de abrigos. Falou que procura fazer com que eles façam tarefas para manter a cabeça ocupada, procura ensiná-los tudo para que possam um dia viver sozinhos levando em consideração sua idade avançada. (PASQUALETO, DIÁRIO DE CAMPO dia 07/12/12)

<sup>21</sup> Nome fictício.

Na residência, moram ela, sua filha e os cinco usuários do sexo masculino. Todos dividem o espaço da casa. Todos possuem seus armários e são responsáveis pelo cuidado com seus pertences. A cuidadora fala que não centra nunca na doença, pois “acredita que eles podem muito” e relata que alguns trabalham e estudam e que ela envolve todos nas tarefas de casa. Nas visitas institucionais, os usuários permaneciam juntos e participavam das entrevistas, o que demonstrou a relação horizontal entre a cuidadora e os usuários.

Em outra visita, Carmem refere algumas dúvidas sobre o funcionamento dos CAPS e sobre o benefício que os usuários recebem. Nesse sentido, esclarecer e socializar os conhecimentos sobre as políticas públicas foi importante para o acesso dos usuários às políticas de saúde mental.

A implementação do projeto nas três pensões possibilitou a aproximação à dinâmica dessas instituições na realidade concreta. Sendo assim, salientou-se um cenário de iminente contradição em duas das pensões, que revela os retrocessos no âmbito da saúde mental. Sendo assim, é nesse cenário de contradições que o profissional assistente social vende sua força de trabalho com o objetivo de defender os direitos conquistados historicamente no âmbito da Saúde Mental. Nesse sentido, as contradições encontradas ao longo do processo de estágio, bem como as experiências vividas nas pensões privadas chamaram a atenção pela negligência e resultaram em reflexões que possibilitaram a escrita deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Buscou-se, com esse projeto, intervir na realidade daquelas pensões privadas, possibilitando suporte e vínculo com estes espaços, socializando o conhecimento da legislação destinada às pessoas com sofrimento mental. Acredita-se que é um desafio e também um compromisso contribuir para que os usuários de saúde mental novamente institucionalizados em pensões privadas retornem como demanda à agenda do poder público, tendo garantidos seus direitos de acesso à Saúde e à produção e reprodução de suas vidas dentro de suas possibilidades. No entanto, como se observou, a realidade concreta e as relações sociais no sistema Capitalista impediram o objetivo principal do Projeto de Intervenção – que é a garantia de acesso aos direitos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com este trabalho a reflexão a partir dos processos da realidade histórica do desenvolvimento da luta de classe na saúde mental, percebendo que esses processos determinaram a atualidade sócio-histórica e os seres sociais. É imprescindível associar a luta por direitos na saúde mental com a perspectiva de totalidade, sendo esta totalidade o complexo processo político, econômico e social da luta de classes no Brasil.

A realização das três etapas de estágios obrigatórios permitiu a imersão na realidade institucional do Residencial Terapêutico Nova Vida, o qual é reflexo das configurações da política de Saúde Mental na cidade de Porto Alegre. Nesse sentido, foi um processo fundamental para a formação profissional da acadêmica, pois lhe foi possibilitada a compreensão da relação entre teoria e prática na realidade concreta. Além disso, foi possibilitado dar visibilidade a uma demanda esquecida pelas políticas sociais e problematizar os limites concretos existentes na sociedade dividida em classes, a qual reflete negligência e novas formas de reproduzir violência.

O processo de formação profissional possibilitou profundas transformações pessoais na acadêmica, na medida em que houve apreensão dos fenômenos em sua essência, na busca constante de se entender a atuação profissional relacionada aos determinantes da sociedade capitalista. Ou seja, sua formação profissional permitiu o contato com diferentes grupos e com o conhecimento produzido, determinando sua forma de compreensão e relação com o mundo, com a totalidade. Portanto, foi um processo que possuiu um significado de extrema importância para a acadêmica.

Desse modo, o posicionamento coletivo de defender e construir um projeto de sociedade dos trabalhadores perpassou a formação profissional. Além disso, foi possível entender criticamente que os assistentes sociais compõem a classe trabalhadora, mesmo que no momento histórico atual não estejam construindo as lutas da classe que compõem e que o processo de alienação e o apassivamento atual da classe trabalhadora promovam efeitos na totalidade dessa classe.

A lógica privatista do capitalismo financeiro revela desatenção e negligência às pessoas com sofrimento mental, remetendo-se à lógica manicomial para tratá-las. Sendo assim, é possível perceber que o sistema capitalista se utiliza de roupagens diferentes para retomar a produção de valor e a consequente dominação de classe nos diferentes momentos históricos, contribuindo para a produção e reprodução dos valores da classe burguesa.

A materialidade desta sociedade é sermos todos os dias desumanizados pelas relações sociais reguladas pelo capitalismo. As instituições, em geral, reproduzem as formas de relações sociais predominantes na sociedade, pois é parte de sua engrenagem. Além disso, numa sociedade que tem como base a exploração do homem pelo homem, a violência é inerente a esse modo de produção. Eis que a contradição pulsa: alguns caminham para a humanização enquanto as bases materiais condicionam – na perspectiva de totalidade – a desumanização.

Perceber essa relação é fundamental para o processo de superação desta ordem social, para não idealizar os processos, conhecendo seus limites concretos. No entanto, acredita-se aqui que os limites da ordem capitalista não devem ser utilizados para justificar e dar continuidade à reprodução da desumanização e violência. Ao contrário, é necessário retomar os processos de lutas a partir das contradições geradas por essa sociedade. Ou seja, dentro da ordem, mas contra a ordem.

Por fim, a partir de uma compreensão histórica da realidade material, faz-se necessário retomar os processos de lutas sociais no campo da saúde mental. As transformações sociais requerem que os trabalhadores tenham unidade e se mobilizem a partir dessa realidade que retrocede nos direitos conquistados pelos trabalhadores tanto com relação ao mundo do trabalho quanto aos retrocessos de direitos do usuário de saúde mental.

Faz-se necessário o movimento dialético de olhar para os processos sócio-históricos que nos constituíram para nos colocarmos em movimento contra tais violências que fundamentam a ordem atual. Para tanto, é necessário refletir sobre como podemos realizar a superação desse modo de produção e questionar o que pode ser superado e o que não será superado. E perceber – na própria Saúde Mental – os avanços e retrocessos que tivemos de forma a aprender com eles. Neste cenário, que explicita as contradições, a máxima de Rosa Luxemburgo deixa um alento imprescindível para o momento histórico: “Não estamos perdidos. Ao contrário, venceremos se não tivermos desaprendido a aprender”.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol. 14, n. 1, 2009. p. 195-204.

BASAGLIA, Franco. Disponível em: <<http://saudementalecidadania.blogspot.com.br/2010/01/mostra-memoria-da-loucura-reforma.html>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BOGO, Ademar. **Teoria da Organização Política: escritos de Engels, Marx, Lênin, Rosa, Mao**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010

BOSCHETTI. (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em Saúde Mental: 2004**.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Legislação em Saúde Mental: 2004**.

\_\_\_\_\_. **Manual do Programa De Volta Para Casa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: DF, 2003.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHOA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza. Menezes, Juliana Souza Bravo. (Orgs.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**, Rio de Janeiro, UERJ/Rede Sirius, 1.ed., 2011, 76 p.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIAS, Míriam T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

\_\_\_\_\_. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2012. p. 1024-1045.

\_\_\_\_\_. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: Elisia Puel (Org.). **Saúde Mental: Transpondo Fronteiras Hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

DURIGUETTO, Maria Lucia; MONTAÑO, Carlos. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

FAGUNDES, Sandra Mara Sales; SILVA, Maria Cristina Carvalho. Porto Alegre: Nossa cidade e a Saúde Mental Coletiva – 20 anos – Recorte do Movimento em atos. In: DIAS, Míriam T. G.; LEITE, Loiva dos Santos; SANTOS, Sara Jane Escouto; SCARPARO, Helena (Orgs.) **Saúde Mental Convida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS, 2013.

FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez., 2003. p. 414-424.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOLINA, M. L. M. (Org.) **La cuestión social y La formación profesional en el contexto de las nuevas relaciones de poder y La diversidad latinoamericana**. Costa Rica, 2004.

IASI, Mauro Luis. **As metamorfoses da consciência de classe (o PT entre a negação e o consentimento)**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

\_\_\_\_\_. Democracia de cooptação e o apassivamento da classe trabalhadora. In: Evilásio Salvador; Elaine Behring; Sara Granemann; Ivanete Boschetti (Org.) **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana. In: MARSIGLIA, Regina Giffoni; DALARI, Dalmo de Abreu; COSTA, Jurandir Freire;

NETO, Francisco Drumond Marcondes de Moura; KINOSHITA, Roberto Tykanori; LANCETTI, Antonio. **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacaru, [1986?].

KONDER, Leandro. **História das ideias socialistas no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2003.

\_\_\_\_\_. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Míriam T. G.; SANTOS, Sara Jane Escouto (Orgs.). **Saúde Mental Convida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS, 2013.

LENIN, Vladimir Ilitch. **Imperialismo, Estágio Superior do Capitalismo**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

\_\_\_\_\_. **O estado e a Revolução. O que ensina o Marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na Revolução**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

\_\_\_\_\_. **Crítica do programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo, 2012.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política: livro I**. 21. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Manifesto do Partido Comunista**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDES, Silvia Maria de Oliveira. **Uma compreensão da realidade expressa na assistência em saúde mental segundo a teoria social crítica**. Rio de Janeiro: Saúde em debate, 2010.

MICHELINI, Clarice; OLIVEIRA, Marco Antonio Pires; WEBER, Maria da Graça Correa; LEONARDI, Vera Terezinha Ramos. Serviço Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida: novas tecnologias de atenção em saúde mental – novos horizontes e mais inclusão social. In: LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Míriam T. G.; SANTOS, Sara Jane Escouto (Orgs.) **Saúde Mental Convida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre**. 1. ed. Porto Alegre: SMS, 2013.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: atribuições privativas e competências do assistente social. In: CFESS / ABEPSS / CEAD/UnB - **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: Editora CFESSABEPSS/UnB, 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 14 - 17 de novembro de 1990. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas)>. Acesso em: 10 out. 2013.

PASQUALETO, Juliane. **Diário de campo do Estágio Supervisionado em Serviço Social, 2012-2013**. Porto Alegre, UFRGS.

PASQUALETO, Juliane. **Relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social III**. 2013. Porto Alegre, UFRGS.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Porto Alegre, 2013.

SCHÜHLI, Vitor Marcel. **Cronicidade e reabilitação na reforma psiquiátrica Brasileira**. 39 f. Monografia (Especialização) – Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2008.

SILVA, Ademir. **A gestão da seguridade social brasileira**: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa/PR, UEPG, v. 8, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>

VALENTE, Mônica. A luta contra os manicômios e a exclusão social. **Psicol. cienc. prof.** [online], vol. 8, n. 2, 1988, p. 17-19.