

# A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS PARA A GARANTIA DE DIREITOS

Míriam Dias<sup>103</sup>

A Reforma Psiquiátrica que os trabalhadores e usuários, inicialmente, seguidos por familiares, gestores, universitários e tantos outros movimentos sociais, foi construída no Brasil na perspectiva da luta antimanicomial para a efetivação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. A via privilegiada para esta luta é a de mobilização social e ação política, considerando que mudanças de concepção requerem debate e articulação para terem legitimidade. Os usuários dos serviços de saúde mental são protagonistas desta luta, inseridos em várias instâncias de participação e reivindicando reconhecimento da sua condição de sujeito partícipe da sociedade.

A potência da luta por direitos “somente se explicita quando se politiza, até mesmo porque só tem como ser travada em meio a conflitos sociais, jogos institucionais e postulações de autoridade ou de poder” (NOGUEIRA, 2004, p. 62). A elaboração e a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica nº. 9.716, de 1992, no Rio Grande do Sul foi um destes momentos que marcou a saúde mental no estado na luta pela cidadania das pessoas com transtorno mental.

No âmbito federal, somente em 2001 foi sancionada a Lei nº.10.216, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei foi debatida no Congresso Nacional por mais de uma década, quando houve uma disputa acirrada entre as forças que apóiam e as contrárias à extinção

---

103 Professora do Departamento de Serviço Social e do Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social do Instituto de Psicologia da UFRGS desde 2010. Assistente Social da Secretaria da Saúde do RS de 1982 a 2010: no Hospital Psiquiátrico São Pedro; como assessora e gestora na Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre; como Coordenadora Estadual da Política de Atenção Integral em Saúde Mental SES/RS; Vice-diretora da Escola de Saúde Pública da SES/RS. Membro fundadora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, e a regulamentação da internação psíquica compulsória.

Há 25 anos nas terras gaúchas e há 16 anos no Brasil se tem marco legal para garantir os direitos dos sujeitos com transtornos mentais, resultado das lutas iniciadas na década de 1980 pelos movimentos sociais Fórum Gaúcho de Saúde Mental e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. As lutas travadas no campo político, as iniciativas de formação profissional e de criação de serviços substitutos ao modelo manicomial e hospitalocêntrico produziram significativas transformações no campo da cultura e da configuração de uma nova política pública de saúde mental (FAGUNDES, 2016; DIAS, 2012).

Estes movimentos construíram um outro patamar de reconhecimento da cidadania deste grupo social e criou uma significativa rede de atenção. Entende-se cidadania como o “processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas” (MARSIGLIA, 1987, p. 13) e resultante da luta entre as forças sociais e as econômicas ao longo da história das sociedades. Quando os sujeitos se instalam como seres políticos, pode-se visualizar a possibilidade de efetiva mudança, pois o único lugar possível do homem é de se constituir como ser político (TESTA, 1992).

No Brasil é permanente a violação de direitos, o que é uma grave transgressão ética ao princípio de que as pessoas com transtorno mental são sujeitos de direitos. Este enunciado ético é absoluto, pois “[...] fazer uma afirmação ética é dispensar, automaticamente, o peso das evidências empíricas como garantia de legitimação última do que é dito” (COSTA, 1996, p. 28). Esta concepção é independente de determinadas circunstâncias e julgamentos, pois é um valor construído social e historicamente.

Os direitos no campo da saúde mental ainda requerem debate para acumular conhecimentos e produzir estratégias de superação das históricas violências às pessoas com transtorno mental. A constituição da noção dos direitos vem romper com a concepção de racionalidade, justificadora da segregação e isolamento, necessária em determinado momento histórico.

A função social dos manicômios ainda é reconhecida como natural e inquestionável, mesmo em processos de críticas e avaliações que vem ocorrendo nas últimas décadas, quando os movimentos geraram a construção do ideário de defesa dos direitos e de cuidados mais dignos às pessoas com transtorno mental (VASCONCELOS, 1992; AMARANTE, 1995; FAGUNDES, 2006). Há processualidade e historicidade no campo dos direitos, pois são gerados “em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes” (BOB-BIO, 1992, p. 5).

O campo da saúde mental tem requerido a presença da política de Assistência Social no horizonte da integralidade e do acesso aos direitos sociais dos usuários. Constatou-se a presença da Assistência Social na I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social foi promotor do evento junto com os Ministérios da Saúde e da Educação. O Relatório Final afirma que a realização desta Conferência, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, “reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal” (BRASIL, 1988, p. 09).

O Relatório situa o contexto político e econômico vigente como produtor do adoecimento psíquico, assinalando que a “medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a este processo despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos” (BRASIL, 1988, p. 21). A década de 1980 tem a marca da ocorrência de um quadro de crise econômica, social e política advindas da queda do produto interno bruto, da aceleração inflacionária e redução na capacidade de investimento econômico, da perda da hegemonia das forças que sustentavam o regime militar e da forte reação de vários segmentos sociais contra as condições de vida instaladas. Como consequência, os rendimentos dos assalariados foram retraídos, principalmente daqueles com salários próximos ao mínimo; redução dramática do nível do emprego que reverteu um processo de formalização do mercado de trabalho erigido nos anos precedentes e aceleração da desigualdade social (FIORI; KORNIS, 1994).

Como uma proposta desta I Conferência Nacional, foi indicado “que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho” (BRASIL, 1988, p. 26). A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial (2010) reafirma a premência da intersectorialidade para o alcance dos direitos sociais, requerendo “interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele [campo da saúde mental] e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 09).

Antes da Constituição Federal no país, a política de Assistência Social estava sob a responsabilidade da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, para atender as necessidades das famílias que tinham seus provedores participantes da Segunda Guerra Mundial. Posteriormente amplia seus propósitos para a população carente do país, realizando uma política assistencialista e clientelista, comandada pelas Primeiras Damas dos governantes nacionais.

A LBA foi extinta somente em 1995, sete anos após a Constituição Federal, e foi a expressão da *cidadania regulada* (SANTOS, 1979), quando os direitos sociais são estendidos somente àqueles que pela sua condição de trabalhador são contribuintes da Previdência Social, acessando a saúde previdenciária e a assistência social, esta de caráter tutelar e assistencialista aos excluídos do mercado de trabalho. A classificação destes brasileiros nos documentos dos serviços de saúde na época era de *indigentes*, como no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), manicômio estadual

Na concepção vigente na época da criação dos hospitais psiquiátricos no país, a instituição hospitalar se fez necessária para assumir os estranhos à normalidade e de difícil convívio social, pois ainda não havia se constituído organicamente o saber da psiquiatria, que posteriormente se tornou a disciplina responsável pela administração e tratamento da loucura. No caso da realidade gaúcha, o ingresso de pacientes no estabelecimento psiquiátrico não era por exclusivo critério médico, pois os Intendentes

Municipais foram autorizados a requisitarem internação psiquiátrica, através de Decreto em 1924. (DIAS, 2007). Esta concepção estava marcada pelo ideário assistencialista, próprio da concepção residual de política social, que será a marca da instalação e consolidação do hospital psiquiátrico estatal, pois este teve a tarefa de acolher os loucos pobres de todo o estado.

Para ilustrar esta afirmação, em 1929 realiza-se em Porto Alegre o Congresso das Municipalidades do Estado, quando o Dr. Jacintho Godoy, diretor do HPSP nos períodos de 1926-1932 e 1937-1951, apresenta uma tese no tema Assistência Social, de que os municípios gaúchos deveriam “[...]concorrer materialmente para o serviço de Assistência a Alienados, mantido pelo Hospital São Pedro, com uma contribuição fixa, anual, pagável, por semestres vencidos” (GODOY, 1955, p. 95). A proposta de Godoy é aprovada e está sustentada no problema de excesso de internos no estabelecimento, revelando a função social exercida pelo hospital na sociedade gaúcha. (DIAS, 2007).

No segundo período de direção do HPSP, Jacintho Godoy cria a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social (1938), este circunscrito no contexto de instalação do Estado Novo, como uma forma de “[...]intervenção ideológica, que se baseia no assistencialismo como suporte de uma atuação cujos efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento das populações pobres e carentes, o que engloba o conjunto das classes exploradas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988, p. 221-222). Ao longo do tempo este serviço hospitalar foi o palco de uma elevada concentração de pessoas, oriundas de todos os municípios do estado, para ali ficarem segregadas da sociedade por suas condições de adoecimento mental.

As características e condições desta população institucionalizada eram as seguintes: 61,7% dos pacientes na faixa etária mais produtiva, de 25 a 55 anos de idade; 63,7% sem necessidade de internação; 73,4% sem vínculo previdenciário; 55,5% eram mulheres; 42,3% com mais de 10 anos de internação, e 39% deles sem família localizada, entre estes, 47% sem necessidade de internação (SILVA et al, 1982), ou seja, o retrato da exclusão e segregação, reforçando a função social dos hospitais psiquiá-

tricos. No auge da superlotação o HPSP teve em torno de 5.000 internos, e após processos de desospitalização, ficou com 1.900 no início dos anos 1980. (DIAS, 2012).

Nesta época de *cidadania regulada* brasileira, os benefícios assistenciais eram providos pela política da Previdência Social, e dois destes eram acessados pelo Serviço Social do HPSP para os usuários institucionalizados. Para situar o contexto destas políticas de proteção social, se relata que em 1965, o regime militar unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões para trabalhadores por ramo de produção com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sem nenhuma discussão com os trabalhadores, ficando excluídos os funcionários públicos e os trabalhadores rurais. Estes foram incluídos somente em 1971, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRÓ-RURAL/FUNRURAL. Este programa beneficiava com a aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez e auxílio-doença, no valor de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo apenas para o arrimo da família (o que praticamente excluía as mulheres). Às mulheres, consideradas dependentes do marido, restava o benefício de pensão por morte, do auxílio funeral e do auxílio-reclusão, também no valor de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. (FETAEMG, 2017)

Significativa parte dos usuários institucionalizados do HPSP eram provenientes do interior do estado, com fortes ligações com as atividades do meio rural, e para estes o trabalho dos assistentes sociais no HPSP era identificar a sua condição de dependente ou beneficiário<sup>104</sup> da previdência social para acessar os benefícios a que tinham direito. Nas situações de ausência de vínculo previdenciário e ser idoso, se obtinha o acesso a aposentadoria pelo Funrural para os usuários. O Funrural proporcionava benefícios equivalentes ao Regime Geral da Previdência Social no Brasil para o trabalhador urbano, mas com a peculiaridade de não requerer contribuições mensais como condição para a concessão de benefícios (NETO, 2017).

Nestas situações, se procurava os Sindicatos de Trabalhadores Rurais ou Sindicato dos Agricultores dos municípios de origem dos usuários,

---

104 Trabalhador contribuinte da previdência social.

identificando a família a que pertenciam, e os Sindicatos produziam documento comprobatório do exercício de atividades no meio rural, o qual era encaminhado ao INPS e este concedia a aposentadoria, conforme a Lei n. 6.260, de 06/11/1975, que institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes.

O outro benefício foi o da Renda Mensal Vitalícia (RMV), criado em 1974, como benefício previdenciário destinado às pessoas maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, *definitivamente incapacitados para o trabalho, que não exercessem atividade remunerada*, com renda de até 60% do valor do salário mínimo (BRASIL, 2017). Este benefício foi extinto com a institucionalização da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), no marco da Seguridade Social no Brasil pós Constituição Federal, em 07 de dezembro de 1993. O então INPS passa a ser Instituto Nacional de Seguro Social, a partir de 1990, como resultante também das profundas mudanças na proteção social brasileira decorrentes da Constituição Federal.

O contexto social e político da Constituinte, resultante da forte mobilização social por reformas no Estado brasileiro para o alcance de prerrogativas cidadãs e o processo de democratização, criou um consenso possível na definição de Seguridade Social, expresso no artigo 194 da Constituição Federal como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Inovações relevantes para a cidadania emergem, com a Saúde passando a ser universal, a Assistência Social como política pública e não mais assistencialismo, e a Previdência Social, que seguiu como seguro social mas passou a oferecer uniformidade e equivalência dos benefícios e irreduzibilidade dos mesmos. (FLEURY, 2003).

A Assistência Social enquanto política pública setorial se orienta pelo princípio de respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao acesso a benefícios e serviços de qualidade, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade. Esta inovação no marco da cidadania não eliminou as tensões entre concepções distintas e até antagônicas, típicas das políticas sociais, pois há duas concepções em embate: uma que considera a política de Assistência Social como direito do cidadão e dever

do Estado, e outra posição a interpreta pelo princípio da subsidiariedade, isto é, o “Estado deve ser o último e não o primeiro a agir. [...] opera a assistência social sob o princípio de solidariedade como ação de entidades sociais subvencionadas pelo Estado” (SPOSATI, 2009, p. 16). A política de assistência social, na perspectiva da universalidade, não é mais exclusiva para aqueles considerados inaptos para o trabalho, mas inclui aqueles em situação de desemprego, subemprego e sob precárias condições de trabalho (COUTO, 2010). As condições de vida decorrentes das históricas desigualdades sociais estão postas a muitos extratos sociais, ainda estando presente o desafio da justiça social para todos.

O marco legal da política é formado pela Lei nº 8.742/1993, lei orgânica da Assistência Social (LOAS), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, a Lei nº 12.435/2011 que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e a Norma Operacional Básica (BRASIL, 2012). A Assistência Social é definida como direito do cidadão e dever do Estado, política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Os mínimos sociais estão entendidos como o acesso aos bens e serviços básicos de reprodução da vida moderna, mas que se ampliam quando seu provimento se relaciona com o enfrentamento da pobreza, universalização dos direitos sociais, tornando-se um conceito “problematizador do próprio padrão desta reprodução” (LOPES, 1998, p. 96).

O público da assistência social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexual, desvantagem pessoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza e ou dificuldades de acesso às demais políticas públicas, uso de substâncias psicoativas, vítimas de diferenças formas de violências advindas do núcleo familiar, de grupos e ou indivíduos, desemprego ou inserção precária no mercado formal ou informal, além de sujeitos ou grupos que utilizam outras estratégias de sobrevivência que possam representar risco social ou pessoal (BRASIL, 2004).

As ações ofertadas no âmbito do SUAS visam a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território, pelos princípios da universalidade, descentralização compartilhada e a intersetorialidade. Os objetivos são da proteção social, da vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. A proteção social consiste no “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005). São dois os tipos de proteção social à população brasileira:

**Proteção social básica:** conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, executados pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

**Proteção social especial:** conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos, executados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

A legislação estabelece os benefícios eventuais, que consistem em provisões suplementares e provisórias destinadas “aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública” (BRASIL, 2011). E cria o benefício de transferência de renda para a pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, no valor mensal de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal, denominado de Benefício de Prestação Continuada (BPC). (BRASIL, 1993). A renda per capita do grupo familiar destas pessoas deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo vigente. A pessoa com deficiência é de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo

prazo. Para a sua obtenção se faz necessário o acesso ao CRAS, onde são fornecidas orientações para encaminhamento da solicitação ao INSS, o qual fará perícia e avaliação para a concessão do benefício. A Previdência Social ficou com a atribuição de executar o BPC, e as despesas com o pagamento são provenientes dos recursos do Fundo Nacional da Assistência Social, conforme o Decreto 1.744/1995.

Uma violação importante dos direitos das pessoas com transtorno mental ocorre na busca do acesso ao BPC, quando é comum a condicionalidade da interdição civil por parte do INSS. A interdição civil é um recurso jurídico que corresponde ao reconhecimento legal de que alguém é considerado incapaz para a prática da vida civil. O movimento da luta antimanicomial denuncia esta arbitrariedade desde o advento deste benefício social (FALEIROS et al, 1998).

Nos Marcos Conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, está que “é necessário construir mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (BRASIL, 1994). Assim, a consideração do sujeito de direitos equivale a reconhecer que a existência de um diagnóstico de doença mental ou a internação em estabelecimento psiquiátrico não deve implicar na perda da capacidade civil (PITTA; DALLARI, 1992). Esta realidade foi problematizada (BRASIL, 2002 a), provocando uma mudança, ainda que tênue, no sentido de não mais generalizar a todas as pessoas com transtorno mental a condição de interdito.

A Previdência Social tende a seguir a orientação legal indicada pelo Decreto nº. 3.048, de 06/05/1999, no artigo 162, parágrafo 1º: “é obrigatória a apresentação do termo de curatela, ainda que provisória, para concessão de aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental”. Este Decreto foi substituído pelo de nº. 5.699, de 13/02/2006, que altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social. Através de documento interno<sup>105</sup>, o INSS fez um conjunto de orientações às Agências de Previdência Social: interrupção da solicitação do Termo de Curatela para

105 INSS. Memorando-circular nº 09 23/02/2006, expedido pela Diretoria de Benefícios até a publicação da nova instrução normativa que irá disciplinar os assuntos relacionados ao novo decreto.

os casos de aposentadoria por invalidez decorrente de enfermidade mental, inclusive aos benefícios de que dispõe a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); e nos casos da família expressar incapacidade do usuário para o recebimento do benefício, a conduta é solicitar uma procuração, visto que “o fato de ser acometido de enfermidade mental não significa a impossibilidade de consciência e expressão válida de vontade em todos os momentos” e também, “a interdição, seja total ou parcial, nunca deve ser exigência do INSS”.

O atual Código Civil, Lei nº 010.406, em vigor desde 2003, no artigo 1.767 define os que estão sujeitos à curatela, entre eles: “I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil”. O sujeito não é mais “incompetente, *a priori*, por ser doente mental. Seus sintomas são vistos na sua totalidade, em toda a sua personalidade, podendo haver dano parcial dessa, mas sem comprometer seu convívio social” (COHEN; MARCOLINO, 1996, p. 20).

Contudo, já está banalizada esta prática que afronta os direitos das pessoas, pois para terem acesso a um direito social estão sendo cerceadas no seu direito civil, como detectado no Ministério Público do RS (MEDEIROS, 2008). A legislação da LOAS não faz esta exigência, e várias resoluções já foram tomadas no âmbito dos órgãos responsáveis (MACAMBIRA, 2016). Em Goiás está sendo judicializada esta questão, onde a Justiça acionou o INSS, visto que foi comunicado que “suas agências ainda vêm exigindo o termo de curatela para concessão dos benefícios”. (IBDFAM, 2016).

Portanto, pensar direitos para as pessoas com transtorno mental envolve uma multiplicidade de dimensões, cujo polo central é relativo à noção da autonomia possível e requerida, de modo a reduzir os impactos das violações legais, institucionais e culturais a que estes estão submetidos. A III Conferência Nacional de Saúde Mental apontou o risco de ao se reivindicar direitos especiais para os usuários “temos que nos defrontar com a possibilidade do reforço da condição de tutelado, ou mesmo do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão

nos direitos especiais” (BRASIL, 2002 b, p. 33). Esta contradição está presente desde a formação inicial da sociedade brasileira, quando o exercício da cidadania civil foi obstaculizado por três fatores: a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com os interesses privados. Esta situação torna o Brasil a terra da cidadania inconclusa (CARVALHO, 2004), pois a presença de alguns direitos não garante que todos sejam considerados.

O manicômio foi uma instituição necessária na fase do capitalismo industrial, que produziu a segregação e a tutela das pessoas com transtorno mental, e que em tempos de neoliberalismo e globalização é possível ser aceita no campo teórico a noção de direitos a este segmento, ainda que concretamente não realizáveis. Este consenso já existe a respeito do fracasso do modelo manicomial, e esta nova realidade possibilitou avanços no sentido de salvaguardar direitos dos que sofrem com o transtorno mental, ainda que de forma restrita, bem como a capacidade de agentes sociais formularem e executarem políticas públicas de superação do modelo hospitalocêntrico.

A reestruturação produtiva e a globalização da economia e da cultura aprofundaram a realidade já existente de não realização dos direitos de segmentos majoritários da sociedade brasileira, que lutam no cotidiano para ter condições mínimas de dignidade na vida. As aspirações dos homens e mulheres por emancipação são históricas e em permanente *devir*. As sociedades já avançaram na criação do estatuto dos direitos para *todos* os sujeitos, superando a racionalidade como critério de diferenciação. O desafio é a superação deste hiato nas desigualdades sociais e na realização da cidadania. E para tanto se faz necessário o constante deciframento da realidade e dos fenômenos que lhe dão dinamicidade, pois se constata que existe de fato uma fratura na cidadania. Para se garantir o acesso a um direito social é preciso abrir mão de direitos civis e políticos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Lei nº 6.260, de 06 de novembro de 1975. Institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes, e dá outras providências. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128425/lei-6260-75>

\_\_\_\_\_. I Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 1988. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206c-nsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206c-nsm_relato_final.pdf).

\_\_\_\_\_. II Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 1994. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf).

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm).

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.744, de 089 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/23/1995/1744.htm>.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002 a.

\_\_\_\_\_. III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 2002 b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. (2004). Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. SUAS – Norma Operacional Básica -NOB/SUAS. (2005). Disponível em: <http://www.ppd.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=26>

\_\_\_\_\_. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. *Relatório Final*. 2010. Brasília, 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução nº 33*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. *Renda mensal vitalícia*. (2017). Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/renda-mensal-vitalicia>

CARVALHO, JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COHEN, C; MARCOLINO, JAM. Noções Históricas e Filosóficas do Conceito de Saúde Mental. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Org.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: USP, 1996.

COSTA, JF. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COUTO, B. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B; YAZBEK, MC.; SILVA, MOS; RAICHELIS, R. (orgs). *O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010.

DIAS, MTG. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. *Tese*. PUCRS, Faculdade de Serviço Social, Doutorado em Serviço Social, 2007.

DIAS, M.T.G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. (2012). *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (online). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300019).

FALEIROS, E.T.S.; ALVES, MCCA; DINIZ, SP. O BPC como importante recurso de inclusão. I Encontro Nacional dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Brasília, agosto de 1998. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/suas/revisoes\\_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social/textos\\_beneficio\\_de\\_prestacao\\_continuada/pesquisas\\_bpc/o\\_bpc\\_como\\_importante\\_recurso\\_de\\_inclusao.doc/html2pdf](http://www.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social/textos_beneficio_de_prestacao_continuada/pesquisas_bpc/o_bpc_como_importante_recurso_de_inclusao.doc/html2pdf).

FAGUNDES, S.M.S. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Porto Alegre: UFRGS, *Dissertação* - Faculdade de Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.

FETAEMG. Capacitação sobre legislação previdenciária aplicada aos segurados especiais e assalariados rurais. (2017). Disponível em: [http://www.fetaemg.org.br/consulte/cartilha\\_previdencia\\_apresentacao.htm](http://www.fetaemg.org.br/consulte/cartilha_previdencia_apresentacao.htm).

FIORI, J.L.C; KORNIS, GEM. Além da Queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org.): *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

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

GODOY, J. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Edição do autor, 1955.

IAMAMOTO, MV; CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interrogação histórico-metodológica*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1988.

IBDFAM. Curatela não é mais exigida para concessão de BPC e aposentadoria por invalidez. 22/06/2016. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/noticias/6035/Curatela+n%C3%A3o+%C3%A9+mais+exigida+para+concess%C3%A3o+de+BPC+e+aposentadoria+por+invalidez>.

LOPES, JR. Mínimos sociais, cidadania e assistência social. *Serviço Social e Sociedade*. n. 58, São Paulo: Cortez, 1997, p. 94-108, nov. 1998.

MACAMBIRA, D.D.C.B. *O benefício de prestação continuada e os desafios no reconhecimento do direito das pessoas com transtorno mental*. In: ROSA, L. *Atenção psicossocial e serviço social*. Campinas, SP: Papel social, 2016.

MARSIGLIA, R.G. Os Cidadãos e os Loucos no Brasil: a cidadania como processo. In: MARSIGLIA, RG et al. *Saúde Mental e Cidadania*. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987. p. 85-93.

MEDEIROS, M.B. Interdição civil, curatela e serviço social. (2008). Disponível em: [http://www.mpdft.mp.br/senss/anexos/Anexo\\_7.20\\_-\\_Maria\\_Bernadette.pdf](http://www.mpdft.mp.br/senss/anexos/Anexo_7.20_-_Maria_Bernadette.pdf).

NETO, J.A.F. O caráter assistencial da aposentadoria rural por idade. (2017). Âmbito Jurídico. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=4716](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4716)

NOGUEIRA, MA. *Um Estado para a Sociedade Civil*: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

PITTA, AMF.; DALLARI, SG. A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 2., Brasília. *Anais*. Ministério da Saúde, 1994.

SANTOS, WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed Campos, 1979.

SILVA, ACV.; PALMA, A. V.; PATRÍCIO, IR.; ESCOBAR, J.; MAYA, PV.; BERTELLI, ZV. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 238-245, 1982.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Posto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, EM. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Se-grac, 1992.