

TCC

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL**

FRENTE AO NEOLIBERALISMO

NATÁLIA SILVA VITAL

UFRJ-2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

ORIENTADOR: Professor Doutor José Augusto Bisneto

DISCENTE: **Natália Silva Vital** 2007/1

TÍTULO: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL

FRENTE AO NEOLIBERALISMO

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2007.

"O que me assusta não é a violência de poucos, mas a omissão de muitos. Temos aprendido a voar como os pássaros, a nadar como os peixes, mas não aprendemos a sensível arte de viver como irmãos".

Martin Luther King

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo mostrar a atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental, a partir da minha experiência de estágio no Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB e no Instituto Phillipe Pinel, problematizando os impasses que a Saúde Mental e o Serviço Social têm enfrentado no contexto brasileiro de neoliberalismo para concretizar o projeto da Reforma Psiquiátrica no âmbito das Políticas Sociais e da Legislação Psiquiátrica. Para alcançar o objetivo deste trabalho, foram usadas pesquisas bibliográficas, a partir da análise de fontes secundárias (livros, artigos, TCC's, dissertações de mestrado e diário de campo) e pela minha vivência como estagiária. Conclui-se que a população brasileira, principalmente os portadores de transtornos mentais, estão desprovidos de políticas eficientes de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar físico, mental e social.

FICHA CATALOGRÁFICA

VITAL, Natália Silva. Atuação do Serviço Social na Área de Saúde Mental Frente ao Neoliberalismo. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Palavras Chaves

- Serviço Social
- Saúde Mental

SUMÁRIO

• Introdução -----	pág.2
1- A História do Serviço Social na Saúde e na Previdência Social-----	pág.6
1.1 - A História do Serviço Social na Saúde-----	pág.7
1.2 - A História do Serviço Social na Previdência Social-----	pág.14
2- O Serviço Social na Saúde Mental-----	pág.19
2.1 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil-----	pág.20
2.2 - A Legislação Psiquiátrica-----	pág.23
3- O Serviço Social e a Conjuntura Neoliberal-----	pág.32
3.1 - O Serviço Social frente ao Neoliberalismo-----	pág.33
3.2- A Atuação do Serviço Social na Seguridade Social frente às implicações do Neoliberalismo-----	pág.38
4- A Saúde Mental frente ao Neoliberalismo-----	pág.42
• Bibliografia-----	pág.51

INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil foi baseada, por muito tempo, no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Isso acabou gerando um grande número de pacientes afastados por longo tempo do convívio social e que precisam de especial apoio para sua reinserção na sociedade.

Mudanças têm ocorrido que nos permite a esperança e a expectativa de que novos modelos assistenciais servirão para multiplicar uma nova filosofia assistencial privilegiando o cidadão e a pessoa portadora de transtornos mentais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas práticas em Saúde Mental, contratando novos assistentes sociais e ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para os usuários da rede de Saúde Mental.

Contraditóriamente a essa perspectiva, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem se encontrado preso pela armadilha do neoliberalismo, em que a diminuição de serviços hospitalares acabou por diminuir a oferta de atenção, visando diminuir custos, restringindo e sucateando as políticas sociais de saúde, previdência pública e de assistência social.

Este trabalho tem como objetivo mostrar a atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental, a partir da minha experiência de estágio no Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB e no Instituto Phillipe Pinel, problematizando os impasses que a Saúde Mental e o Serviço Social têm enfrentado no contexto brasileiro de neoliberalismo para concretizar o projeto da Reforma Psiquiátrica no âmbito das Políticas Sociais e da Legislação Psiquiátrica. Formulei a seguinte hipótese para essa pesquisa: o neoliberalismo tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e da proposta da política de saúde construída na década de 80. A ressocialização e a proteção dos direitos

dos pacientes psiquiátricos se dariam através de práticas do Serviço Social baseada numa Reforma Psiquiátrica autêntica. O aumento de movimentos sociais organizados ajuda a defender e assegurar um meio eficaz de suporte social para a reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais. A conjuntura neoliberal está deixando os portadores de transtornos mentais desprovidos de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar físico, mental e social.

Para alcançar o objetivo deste trabalho, optei pela pesquisa bibliográfica, a partir da análise de fontes diversas (livros, artigos, TCC's, dissertações de mestrado e diário de campo) e pela minha vivência como estagiária.

O diário de campo foi um instrumento de fundamental importância, nele estão sistematizadas minhas experiências e, como cita BOSCO PINTO, “o diário de campo facilita criar o hábito de observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre acontecimentos de um dia de trabalho” (In: ALMEIDA e AZEVEDO, 2003). Como o meu trabalho baseia-se também em exemplos de fatos ocorridos na instituição em que atuei, ele serviu como referência para recordar os mesmos.

A prática do Serviço Social no sistema de Saúde Mental está voltada para a Seguridade Social e é o profissional de Serviço Social que atende ao modelo previdenciário, que com o avanço do neoliberalismo na ordem capitalista vem reduzindo investimento público nesta área, associada com a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, limitando as possibilidades de atuação do Serviço Social em Saúde Mental.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde, com isso, a proposta de política de saúde, construída na década de 80, tem sido desconstruída, passando a ser vinculada ao mercado, pautada na Política de Ajuste que

tem como principais tendências a contenção dos gastos.

Contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais, facilitando o convívio social, assegurando o bem-estar global e estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania, não é o que encontramos sempre nos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica, e a própria Legislação Psiquiátrica, visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos e contrariamente, visa incrementar, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais - incluindo as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família. Este programa não condiz com o projeto neoliberal vigente e por isso os pacientes psiquiátricos continuam inseridos na política de exclusão referenciada no modelo do asilo e do “depósito de loucos”. Os usuários de Saúde Mental estão abandonados pelas autoridades Municipais, Estaduais e Federais. Verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral, não fazendo cumprir integralmente a legislação psiquiátrica conquistada com muito trabalho pelos profissionais de saúde desde as lutas da década de 80. Os leitos em hospitais psiquiátricos estão sendo diminuídos, como está previsto na legislação, mas os CAPS não estão conseguindo atender a demanda psiquiátrica, aumentando o contingente de pacientes psiquiátricos virando moradores de rua.

Este segmento da população brasileira está desprovido de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar físico, mental e social, não havendo um meio eficaz de suporte para evitar o agravamento do seu quadro clínico e do abandono social.

CAPÍTULO I

A História do Serviço Social na Saúde e na Previdência Social

1.1) A História do Serviço Social na Saúde

A sociedade brasileira a partir da década de 30 passa por alterações na sua conjuntura, como o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais respondendo as reivindicações dos trabalhadores. As características econômicas e políticas desse período, possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais.

“A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional”. (BRAVO, 2004: pág.26).

A inserção inicial do Serviço Social na área da saúde aconteceu por volta dos anos 30, período em que a política de saúde foi formulada e quando começam a criar políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores. A saúde neste período foi organizada em dois subsetores: o da **saúde pública**, sendo predominante até meados dos anos 60, responsável pela promoção e prevenção, com ênfase nas campanhas sanitárias e criação de serviços de combate às endemias, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população e, a **medicina previdenciária**, teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) criadas em 1923 pretendendo estender para um número maior de categorias assalariadas urbanas os seus benefícios, como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não prosseguir a uma cobertura mais ampla. Este modelo previdenciário atendia apenas aos trabalhadores regulamentados com carteira de trabalho. A medicina previdenciária só vai ultrapassar a saúde pública a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: “ênfase nas campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde, pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941” (BRAGA e PAULA, 1986: pág.53-55; em

BRAVO, 2000).

O Serviço Social estava vinculado à assistência médico-previdenciária (desenvolvida pelas instituições estatais) e às ações de educação em saúde (desenvolvida pela Igreja Católica). A profissão era conhecida como Serviço Social Médico e realizava ações de caráter educativo-normativo que atuava inclusive, nos hábitos de higiene da população.

As atividades realizadas pelos assistentes sociais concentravam-se no âmbito da medicina previdenciária que tinha como grande financiador o trabalhador formal.

Todo o trabalho realizado pelo Serviço Social baseava-se numa prática rotineira e burocratizada, através de trabalhos educativos voltado para a reinserção daquele trabalhador, sendo uma prática fundamentada não como direito do trabalhador e sim, como uma forma de controle social viabilizando a ideologia dominante, ou seja, a profissão tinha um papel repressivo e assistencialista, criava políticas sociais no intuito de regular a vida em sociedade, minimizar as tensões e com isso, conseguir legitimidade de seu poder.

A expansão do Serviço Social no Brasil ocorreu a partir de 1945, relacionado às exigências de aprofundamento do capitalismo no país. Nessa década, a ação profissional na Saúde aumenta, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais deixando de ter uma prática de julgamento moral com relação à população-cliente, passando a ter uma análise de cunho psicológico.

A área de Saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional a partir de 1948 quando o novo conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade”; passou a enfocar os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor,

entre eles o assistente social.

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde.

A instauração da ditadura militar no pós-1964 expressou a derrota das forças democráticas e os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, aumentando o poder de regulação sobre a sociedade, reduzindo as tensões sociais e conseguindo legitimidade para o regime. A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, assumindo um modelo que valoriza a prática clínica e a assistência médico-curativa, desvalorizando as ações preventivas de caráter coletivo. Havendo também uma diminuição das responsabilidades estatais e uma transferência progressiva da função estatal de regulador das políticas públicas de saúde para o setor privado.

Foi ainda nos anos 60 que os IAP's foram unificados e fundou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Embora a saúde tenha sofrido mudanças, poucas mudanças ocorreram na atuação dos assistentes sociais neste período. No período de 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. Na prática, manteve-se o caráter conservador com uma visão psicologizada das relações sociais, sendo o indivíduo culpabilizado por sua situação social ou seu estado de saúde, cabendo ao profissional de Serviço Social, recuperá-lo através de uma ação moralizadora.

- **A Saúde na década de 80**

A partir do final dos anos 70 e início dos anos 80, no Brasil, num contexto de fim do “milagre econômico”, a questão social foi agravada e aumentou a exclusão social. Foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se aumentou na ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento importante na saúde coletiva, onde acontece o aumento do debate teórico sobre o Estado e as políticas sociais.

No entanto, com o fim do autoritarismo e a instituição da Nova República, a população brasileira foi retomando seu espaço no cenário dos movimentos populares.

A saúde nessa década contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2000). As principais propostas debatidas pela sociedade civil foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Em março de 1986, em Brasília (DF) aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política de saúde no Brasil, introduzindo no cenário da discussão da saúde a sociedade, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a **Reforma**

Sanitária. Nesta conferência foi discutida os rumos da saúde no país, tendo como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em propostas, legitimada pelos segmentos sociais. O relatório desta Conferência serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. O movimento pela Reforma Sanitária, tinha como objetivo democratizar o acesso aos serviços, difundir uma consciência sanitária e fazer com que a população entendesse a saúde como direito de todos e dever do Estado, e não como apenas ausência de doenças, fortalecendo o setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado.

Os ideais da Reforma Sanitária são resumidos como: democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social ¹.

O Projeto tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular.

Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Em 1988, graças às reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, foi aprovada a Constituição Federal de 88, representando a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil em face da grande crise e às demandas de enfrentamento dos grandes índices de desigualdade social. Essa Constituição tem como princípios fundamentais a universalidade, equidade e gestão democrático-participativa

¹ A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas.

das políticas sociais. O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário.

A Saúde obteve cinco artigos nesta Constituição (Art.196-200), determinando que esta seja direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Nesta mesma constituição foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), onde efetiva a saúde como um direito fundamental para o exercício da cidadania e dos direitos humanos passando a ser responsabilidade estatal e ficando estabelecido: a universalidade, o acesso igualitário, a hierarquização, a descentralização e o controle social, como princípios básicos.

Em 1990 é aprovada a Lei 8.080 e a Lei 8.142 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), que dispõe sobre a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população. Entendendo a saúde como dimensão essencial da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80 observa-se que a profissão chega a 1990 ainda com pouca alteração da prática institucional, sendo uma categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e sem nenhuma organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da categoria profissional. Neste período os profissionais estavam na sua maioria nas universidades dentro do processo de renovação da profissão, tendo pouca intervenção nos serviços. O Serviço Social nesta década cresceu na busca de fundamentação e consolidação teórica, mas poucas mudanças consegue apresentar na sua ação profissional.

1.2) A História do Serviço Social na Previdência Social

Tradicionalmente, as funções da previdência social e da caridade estavam nas mãos da família, associações de ajuda mútua e organizações como Igrejas. Contudo, as grandes mudanças causadas pela industrialização e pela urbanização, fizeram com que o Estado adotasse a função da previdência social para expandir o seu poder funcional, com o objetivo político de regular o conflito social em nome da ordem pública e da segurança nacional.

A previdência social vem dar uma resposta ao anseio universal pela segurança do presente e do futuro. Os problemas do sustento na velhice, na invalidez, no desemprego, no tratamento e subsistência na doença, do amparo do grupo familiar, pela morte da pessoa que o tem sob sua dependência entre outras seguranças. É uma organização criada pelo Estado, destinada a prover as necessidades vitais de todos os que exercem atividades remuneradas e de seus dependentes.

Os programas de previdência social antes do século XX eram restritos aos funcionários públicos civis e membros das forças armadas. Apenas depois da segunda

década deste século que a previdência social mantida pelo governo foi estendida a empregados do setor privado.

Somente em 1923 que a Previdência se implantou de fato entre nós, com a promulgação, no início do Governo do Presidente Artur Bernardes, da Lei nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, também, chamada de Lei Eloy Chaves, nome do deputado paulista que apresentou o respectivo projeto e por ele lutou até o fim.

Nesta lei eram criadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), para os empregados das empresas ferroviárias, sendo os primeiros a serem amparados pela lei. Esta categoria era um dos grupos de trabalhadores mais organizados no período e tinham em suas mãos um importante setor na economia nacional.

Na verdade, a lei foi apresentada como sendo uma forma para evitar conflitos de classe e promover a harmonia social dentro do clima de lei e ordem. Os conceitos legais e princípios de organização contidos nesta lei tornaram-se base para futura elaboração do sistema de previdência social no Brasil e continua ainda hoje a moldar grande parte da política.

As CAP's foram planejadas para oferecer quatro benefícios essenciais, incluía, primeiro aposentadoria por invalidez, aposentadoria por tempo de serviço e aposentadoria por velhice; segundo pensão por morte; terceiro, assistência médica; e quarto, um pagamento em espécie para cobrir despesas de funeral dos empregados. A lei foi articulada para prover proteção familiar básica contra quatro riscos importantes que pudessem interferir com a capacidade do chefe de família de trabalhar e receber uma renda.

Cada CAP seria financiada por três fontes: o empregado contribuiria com 3% do seu salário mensal; a empresa contribuiria com 1% de sua renda bruta, e o governo federal

com uma soma arrecadada do público através de taxas dos serviços ferroviários. Esse conceito foi a base do que mais tarde seria incluído na constituição nacional como a contribuição tripla para o sistema de previdência social. Cada membro da CAP recebia benefícios proporcionais às contribuições mensais.

A partir de 1938, quase todas as classes operárias urbanas, ativamente empregadas foram cobertas pelo sistema. A princípio, a expansão da cobertura foi baseada na criação de novas CAPs, em 1933, contudo, surgiu um novo tipo de instituição de previdência social, o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que organizava trabalhadores de uma categoria ocupacional específica.

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi aprovada e implementada em 26 de agosto de 1960, de autoria do Deputado Baptista Ramos. O novo estatuto colocou o sistema sob lei única e sob um conjunto uniforme de normas gerais. Alguns grupos novos como autônomos e profissionais liberais foram abrangidos pelo sistema, mas a massa de trabalhadores rurais e domésticos foi deixada fora do sistema. Esta lei uniformizou o Plano de Benefícios e Serviços, para todas as categorias profissionais.

Entre 1960 e 1964 ocorreu pouca inovação na política de previdência social. Em 1963 o governo de Goulart aprovou nova lei para trabalhadores rurais, que a previdência social passou a abranger esses trabalhadores. Contudo, o estatuto não previa os meios necessários para financiar ou implementar a assistência rural.

Em 1966, no governo de Castelo Branco, o Ministro do Trabalho, Arnaldo Sussekund propôs um novo plano, menos abrangente para fundir todos os antigos institutos do setor privado em um único Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS foi estabelecido e imposto em janeiro desse mesmo ano.

O Serviço Social ingressou na Previdência Social em virtude de uma dificuldade da

instituição ter controle junto às classes trabalhadoras, dificultando a legitimação do poder institucional. A categoria profissional também colaborou na prestação do Serviço Social aos seus associados, sobretudo nos setores de benefícios, construções de conjuntos habitacionais e assistência médica.

Convém ressaltar que a Lei Orgânica da Previdência Social de 1960 insere o Serviço Social na assistência complementar, confirmando e delimitando o seu lugar institucional:

Capítulo XV, artigo 52 da lei nº 3.807 de 26 de agosto de 1960 (LOPS):

- **Artigo 52** - A assistência complementar compreenderá a ação junto aos beneficiários, quer individualmente, quer em grupo por meio de técnicas do Serviço Social, visando a melhoria de suas condições de vida.
- **§1º** - A Assistência Complementar será prestada diretamente ou mediante acordo com os serviços e associações especializadas.

- **A Previdência Social na década de 80**

Na década de 80, mais especificamente no ano de 1988, ocorreram muitas mudanças na Previdência Social, além de ser o ano de elaboração na nova constituição, governado pelo Presidente da República, José Sarney.

A constituição brasileira de 1988 realizou notável avanço no campo dos direitos sociais, inclusive no que tange ao sistema previdenciário. A principal conquista foi a introdução do conceito de seguridade social, que diz respeito exatamente à construção de um sistema de proteção social amplo, alojando as políticas de saúde, previdência e assistência social, concebido como instrumento indispensável ao processo de reprodução

da força de trabalho e, portanto, das condições de trabalho no próprio capitalismo, reduzindo as desigualdades econômicas e sociais que imperam no País.

A seguridade social institucionalizada pela Constituição de 88 oferece aos trabalhadores uma proteção em caso de perda ou esgotamento, parcial ou total, temporário ou definitivo, de sua força de trabalho ou das condições de exercê-la – por velhice, por doença, e/ou por acidente.

O texto constitucional define a Seguridade Social como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência”. A saúde ultrapassou os limites de um serviço, a previdência foi ampliada para todos os trabalhadores e a assistência mereceu uma legislação própria.

Dentre as principais condicionantes de uma política de seguridade, estão: a arrecadação tributária, a renda, o emprego, os níveis de pobreza, a organização sindical e os mecanismos de regulação estatal.

A Previdência Social é um dos segmentos da Seguridade Social, diferenciando-se da Assistência Social e da Saúde, pelo fato de exigir uma contribuição. Todos podem filiar-se, desde que haja contribuição, ou seja, participação no custeio.

A legislação básica do sistema previdenciário é a própria Constituição Federal de 1988 (art.201), Leis: nº8.213/91 em seu artigo 1º assegura: “A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente”.

CAPÍTULO II

O Serviço Social na Saúde Mental

2.1) A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil acontece no mesmo período do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, ocorrendo mudanças na prática em saúde, priorizando a saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e defendendo o protagonismo dos usuários da saúde nos processos de fiscalização e da gestão da saúde.

O processo de Reforma Psiquiátrica acontece num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Ocorre, mais especificamente, no final dos anos 70, na crise do modelo de assistência baseado em hospitais psiquiátricos, por um lado, e no aumento dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, por outro.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

No ano de 1978 ocorre a reemergência dos principais movimentos sociais no Brasil, após um longo período de repressão militar, ficando marcado este ano como sendo o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Dentro de grandes movimentos sociais, se destaca o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo o movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e a construir coletivamente uma crítica à assistência às pessoas com transtornos mentais baseado no asilamento em hospitais psiquiátricos.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica ao manicômio são inspiradoras e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas na atenção aos portadores de transtornos mentais, e com isso passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência em saúde mental.

O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. É o marco das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e a construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do asilamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede ampla de serviços de atenção psicossocial.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

O período de 1992 a 1995 foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil. Houve uma significativa redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos, aumento do número de profissionais na atuação em saúde mental, inclusive de assistentes sociais, aumento de leitos psiquiátricos em

hospitais gerais e aumento de uma rede ampla de serviços de atenção psicossocial como: hospitais-dia, centros (CAPS) e núcleos de atenção psicossocial (NAPS), havendo uma substituição do tipo de assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços abertos.

2.2) A Legislação Psiquiátrica

Por muito tempo o tratamento às pessoas com transtornos mentais no Brasil, foi baseado no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Isso acabou gerando um

grande contingente de pacientes afastados por longo tempo do convívio social e que precisam de especial apoio para sua reinserção na sociedade.

COOPERATIVAS SOCIAIS

Em 10 de novembro de 1999 é aprovada a Lei nº 9.867, dispondo sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos.

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

- I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos;
- II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei:

- I – os deficientes físicos e sensoriais;
- II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
- III – os dependentes químicos;

Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um importante

instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária e na sociedade.

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Em fevereiro de 2000, com a Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000, o Ministério da Saúde introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) no âmbito do SUS, concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Art. 1o Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Art. 2o Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3o Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- **a)** garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- **b)** atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- **c)** promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4o Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- **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.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na sua vida em sociedade garantindo uma

assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial, humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário implementando políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos.

LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Somente no ano de 2001, após 12 anos no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Esta Lei aprovada sofre modificações importantes do Projeto de Lei original no seu texto normativo. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, dando prioridade ao tratamento em serviços de atenção psicossocial, defendendo a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- **I** – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- **II** – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- **III** – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- **IX** – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Esta Lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidados especiais aos usuários de saúde mental internado por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou arbitrária.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico

devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Esta Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, protege os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental, determinando que os pacientes há longo tempo internado em hospital psiquiátrico, com uma situação de grave dependência institucional, sejam objetos de política específica. O objetivo é a inclusão social desses pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar.

PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”

Na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, este processo é facilmente identificado.

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de

pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

Este Programa “De Volta para Casa”, tem por objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados. Regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas portadoras de transtorno mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais).

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

O usuário de Saúde Mental além de utilizar o auxílio-reabilitação psicossocial, presente na legislação psiquiátrica, no programa “De volta para Casa”, também utiliza o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Federal nº. 8.742 de 1993.

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

- **IV** - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- **V** - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 20o O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

- **§ 2o** Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.
- **§ 3o** Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

Os benefícios e programas fazem parte do processo de Reforma Psiquiátrica, possibilitando o resgate da cidadania, visando a redução progressivamente dos leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família.

CAPÍTULO III

O Serviço Social e a Conjuntura Neoliberal

3.1) O Serviço Social frente ao Neoliberalismo

O neoliberalismo nasceu logo depois da Segunda Guerra Mundial, nos principais países do mundo do capitalismo. Nasceu como uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado considerado como causa principal da crise do sistema capitalista de produção. Por isso os neoliberais passaram a atacar qualquer limitação no mercado por parte do Estado, denunciando tal limitação como uma ameaça à liberdade econômica e política.

Na década de 90, ainda em período de implementação das experiências de participação e de viabilização das políticas sociais, o Brasil se vê diante da ofensiva ideológica do neoliberalismo. Este elege como principal alvo de ataque os direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, responsabilizando-os pela crise econômica e política do momento. Nessa conjuntura, a minimização do Estado é considerado inevitável pelo capital, com a justificativa de que o Estado não poderia mais atender como antes a reprodução da força de trabalho em função da sua crise econômica. Dessa forma o Estado deixa de ser o garantidor de direitos sociais

universalizados, previsto na Constituição, passando a implementar o projeto político do grande capital.

A ideologia neoliberal busca uma flexibilidade no processo de trabalho e uma flexibilidade do mercado de trabalho, que vem acompanhada da desregulamentação dos direitos trabalhistas, flexibilizando os contratos dos trabalhadores.

Um dos traços que marcaram a década de 90 foi o fenômeno da globalização, a partir do qual ocorreram mudanças importantes nas relações sociais em que se incluem as transformações no processo de reprodução da força de trabalho e na reorganização do mercado mundial. Vivemos hoje, com o fenômeno da globalização, um momento de crise e de ameaça aos direitos adquiridos ao longo dos anos.

Diante do panorama de desmonte das políticas públicas, são impostos limites à atuação dos assistentes sociais, na medida em que essa conjuntura política propõe a redução dos gastos sociais. Mediante tal quadro, o Serviço Social precisa buscar novas possibilidades para dirigir suas ações, as quais devem ser permeadas por dois importantes projetos: de formação profissional e ético-político. São as repercussões do novo padrão de acumulação capitalista no âmbito do trabalho que vão acarretar mudanças nas condições e relação de trabalho do assistente social. Sendo um assalariado, este profissional também é atingido por todas essas transformações como: a precarização das relações de trabalho, a flexibilização dos contratos, o desemprego e a terceirização.

A atuação neoliberal na área social passa pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil, e por programas seletivos e focalizados de combate à pobreza, no âmbito do Estado, aumentando a desigualdade e construindo formas despolitizadas de abordagem da questão social.

Nessa conjuntura neoliberal cabe agora ao Estado, criar políticas pontuais direcionadas ao atendimento dos setores mais pauperizados e excluídos, reduzindo a concessão de políticas sociais, transferindo responsabilidades para a sociedade civil e atribuindo ao mercado a função de regulação da vida social, subordinando assim, a democracia ao caráter excludente do mercado. O que caberia à esfera pública prover, é repassado para o mercado que acaba inviabilizando a universalização dos direitos (conforme descrito na Constituição Federal de 1988 – CF 88). Com isso a política social passa a ser residual, apenas complementar para os indivíduos que não puderem solucionar seus problemas via mercado ou através de recursos familiares e da comunidade.

A área que mais sofreu as consequências do neoliberalismo foi a área social. Num período em que a população cresceu e o desemprego aumentou, o investimento na área social foi reduzido. O aumento da pobreza e da miséria, a grande desigualdade social² e a redução das perspectivas de melhoria de vida para a maior parte da população nos últimos anos teve como consequência o aumento da violência e da criminalidade.

Os maiores desafios que o assistente social vive na atualidade é construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes na sociedade.

Inserido nesse processo contraditório, o Serviço Social da década de 90 se vê confrontado com este conjunto de transformações societárias, no qual é desafiado a compreender e a intervir nas novas configurações da questão social.

O assistente social tem suas condições de trabalho precarizadas com a

² Contraste entre uma pequena camada privilegiada e uma imensa massa desprovida de perspectivas.

subcontratação, a terceirização e a flexibilização dos seus direitos trabalhistas, o que acaba resultando numa insegurança no dia a dia do seu trabalho. As expressões que a questão social assume hoje com o corte nas políticas sociais são: a violência urbana, o desemprego, a fome, a precarização da saúde, a crise na saúde mental, entre muitas outras, e as respostas do Estado às essas questões fica no âmbito da solidariedade, do assistencialismo, do voluntariado e da filantropia, responsabilizando a sociedade civil para intervir na questão social, deixando de ser visto como dever do Estado e direito de todos. Se, formalmente, pela Constituição de 1988, a cidadania está assegurada a todos os brasileiros, na prática, ela só funciona para alguns.

O Estado deixou de ter como objetivo a proteção social, passando a flexibilizar a legislação trabalhista e entregando o funcionamento da economia para o mercado.

“A política neoliberal promove a “lei da selva” como regulador da vida social: sobrevivem os mais fortes. Na verdade, esta política favorece os já “fortes” (economicamente) – as grandes empresas, os grandes bancos -, em detrimento da grande maioria, dos trabalhadores, que já chegam ao mercado em condições desvantajosas para a competição. O direito – protegido pela lei – é substituído pela força”. (LESBAUPIN, 2002: pág.58).

Descentralizar, privatizar e concentrar os programas sociais públicos nas populações ou grupos carentes são os vetores do Estado neoliberal para os programas sociais.

As políticas sociais no contexto neoliberal são, na sua maioria, privatizadas, retiradas da órbita do Estado, passando para o âmbito da sociedade civil – Igrejas, ONG's e por sua vez, essas políticas sociais são focalizadas³, direcionada apenas a uma parcela da população desprovida de um mínimo para sua sobrevivência. Em consequência disso

³ A focalização é contra o princípio universalista da Constituição de 1988.

os serviços sociais e a assistência estatal são fortemente reduzidas em quantidade e em qualidade.

Como resultado para o assistente social, que antes era um profissional essencial para implementar as políticas sociais do Estado, no contexto neoliberal estes profissionais são cada vez menos necessário. Seu campo de trabalho na esfera estatal vai se reduzindo. O assistente social era solicitado pelo Estado para executar as políticas sociais por ele implementadas no âmbito da reprodução da força de trabalho. E, se no contexto atual, estas políticas são reduzidas e alteradas também se reduz a requisição dos profissionais de Serviço Social. Sendo assim, a minimização estatal e a redefinição das políticas públicas atingem as classes populares e os assistentes sociais enquanto profissionais que as executam.

Dessa forma, o Serviço Social se vê compelido a buscar novos caminhos para desenvolver seu trabalho fora do âmbito estatal. Um exemplo desse fato é a difusão da Assessoria/Consultoria por parte dos assistentes sociais, servindo às empresas e/ou profissionais e ganhando com isso, não um salário, mas sim uma quantia por serviços prestados. Há também, com a terceirização, o trabalho no chamado Terceiro Setor⁴ nas Organizações não-Governamentais (ONG's), que em boa parte, devido à limitação de recursos, os salários são baixos e os contratos temporários, o que dificultam bom desempenho profissional.

⁴ O Terceiro Setor é considerado distinto do Estado (1º setor) e do mercado (2º setor), não-governamental, não-lucrativo, voltado ao desenvolvimento social, dando origem a uma esfera pública não-estatal.

3.2) A Atuação do Serviço Social na Seguridade Social (Saúde, Assistência e Previdência) frente às implicações do Neoliberalismo

O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social⁵, tecido desde a década de 80, e com o projeto da reforma sanitária no campo da Saúde.

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste neoliberal, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores que têm acesso ao mercado. Como principais características destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Como estratégia da proposição privatista destaca-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, passando a

⁵ O projeto hegemônico do Serviço Social foi sendo construído, articuladamente com as lutas mais gerais da sociedade, e procurou romper com a herança conservadora da profissão. Seus principais formuladores foram as entidades da categoria e os profissionais vinculados à academia, tendo como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 1979, conhecido como “congresso da virada” (BRAVO, 2004, pág.35).

utilizar agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais.

O projeto privatista da saúde requisitou e vem requisitando ao assistente social: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor.

Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Apesar da consolidação do conceito de saúde concebido como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde) a política de saúde no Brasil, na década de 90, se deteriora com menos verba para o setor, ocorrendo o sucateamento dos serviços e o aumento da pauperização da população.

Com a minimização estatal e a diminuição dos gastos públicos, as políticas sociais de seguridade social (os serviços previdenciários, de saúde e de assistência social) passam a ser direcionadas apenas aos pobres.

A seguridade social estabelecida na Constituição de 1988 se torna função da participação contributiva dos seus usuários, cancelando qualquer pretensão de universalidade. Com isso, segmenta os usuários, determinando a qualidade das prestações de serviços: para os que mais contribuem, prestações privadas, ou seja, mais qualificadas; para os que menos contribuem prestações desqualificadas.

No contexto neoliberal o Estado privatiza e mercantiliza a Seguridade Social, se desresponsabilizando do campo social e passando a responsabilidade para a sociedade.

A privatização refere-se principalmente à política de assistência, transferida para a sociedade civil ou para “instituições de solidariedade” resultando na refilantropização e passando a ter um caráter de não política e de direito social.

A mercantilização envolve prioritariamente a saúde e a previdência, sendo o mercado responsável pela organização, gestão dos seguros sociais e dos serviços de saúde.

A Constituição de 1988 instituiu a seguridade social para permitir um amplo sistema de proteção social junto com as políticas de saúde, de assistência e da previdência. O primeiro princípio, a universalidade da cobertura indica que a saúde é direito de todos; que a assistência é devida a quem necessitar e a previdência sempre foi direito derivado de uma contribuição anterior, ou seja, mantém a lógica do seguro. Esses princípios constitucionais deveriam provocar mudanças profundas na saúde, previdência e assistência, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada.

Nos anos 90, com o neoliberalismo, a lógica do seguro da previdência e da saúde se intensificou, não é por acaso que, em 1990, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi renomeado para Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A assistência, embora reconhecida como direito, mantém prestações assistenciais apenas para pessoas comprovadamente pobres – renda mensal familiar per capita abaixo de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo – e incapazes para o trabalho, como idosos e pessoa portadora de deficiência, implementando programas e serviços cada vez mais focalizados.

Na saúde, os assistentes sociais são desafiados de um lado, a atender uma população carente que quase não tem para onde retornar após a alta, buscando apoios mínimos (comida, agasalho, vale-transporte) e de outro, atende pessoas de planos de saúde, onde o assistente social tem uma posição de “cobrador” de prazos e carências.

CAPÍTULO IV

A Saúde Mental frente ao Neoliberalismo

A Conjuntura da Saúde Mental frente às implicações do Neoliberalismo

É de conhecimento de todos que a área de Saúde Mental experimentou ao longo dos anos 80, e mais particularmente na entrada da década de 90, transformações substanciais com o avanço do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Neste período, especialmente na década de noventa do século passado, vem ocorrendo mudanças significativas na saúde mental no Brasil, destacando-se a extinção ou reestruturação dos hospitais asilares, a regulamentação das internações psiquiátricas compulsórias e a criação de recursos assistenciais alternativos à hospitalização obtidos por força das pressões do movimento dos trabalhadores de saúde mental e de outros setores da sociedade civil, resgatando a cidadania do doente mental, o direito ao tratamento humanizado e a sua reinserção social.

O Brasil apresenta inúmeras injustiças e desigualdades sociais. A Reforma Psiquiátrica é um processo singular deste contexto que nos questiona se os avanços decorrentes do Movimento da Luta Antimanicomial, que ganhou força na década de 80, pode de fato transformar a assistência em saúde mental na atualidade.

A trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, marcada por isolamentos, terapêuticas repressoras e desumanas, está sendo modificada com a humanização da assistência e a gradativa desativação dos manicômios. Este processo possibilitou a ampliação da qualidade dos tratamentos, proporcionada por uma atenção efetiva, em regime de liberdade e convivência social através dos CAPS, hospitais-dia, centros de convivência, entre outros.

Apesar desse importante avanço, não podemos deixar de registrar o quanto resta por fazer, muitas conquistas ainda se fazem necessárias para que o país garanta os legítimos direitos civis e humanos das pessoas acometidas de transtorno mental.

Desde o início do ano 2000, a saúde enfrenta uma situação extremamente crítica, agravada pelo desinvestimento do Estado nas políticas sociais em geral, ocorrendo sucessivas crises do setor que desorganizaram as práticas sem, entretanto, conseguir substituí-las por melhores alternativas.

Reconhecidamente foram muitas as bandeiras e lutas mobilizadas que nos permitem falar sobre a Reforma Psiquiátrica. Contudo temos ainda, outras tantas bandeiras e lutas para mobilizar profissionais da saúde, pessoas portadoras de transtornos e sofrimentos mentais, familiares e a sociedade como um todo. Para que de fato, possamos transformar nossa concepção de loucura e, assim, permitir formas de tratamento baseadas no respeito, dignidade e, sobretudo na condição de sujeito de direitos.

No entanto, é necessário que consideremos o contexto mais amplo em que a

Reforma Psiquiátrica avança no país, contexto de ofensiva neoliberal, de redução de serviços, particularmente na área de Saúde Mental. Infelizmente, sabemos que ainda há muito por se fazer, são inúmeros os relatos de maus-tratos, alguns inclusive levaram pacientes à morte em hospitais psiquiátricos, que constantemente violam a lei e consagram o abandono e o descuido.

A lei atual prevê o aumento de recursos terapêuticos extra-hospitalares e determina medidas diretamente relacionadas ao paciente. Entretanto, o que se observa é completamente diferente disso, já que está ocorrendo a extinção dos leitos hospitalares e não estão construindo os centros assistenciais, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em número satisfatório (os poucos que existem já estão lotados). O que ocorre, portanto, é uma desassistência psiquiátrica em muitos aspectos.

Atualmente, nos hospitais psiquiátricos, presenciamos uma grande redução de leitos psiquiátricos em um número superior à criação de serviços psiquiátricos comunitários alternativos ao asilamento. Podemos acrescentar a isso um outro dado: a baixa cobertura assistencial da maioria dos serviços alternativos à internação. A política de saúde mental está gerando uma “desassistência” do serviço público para com seus cidadãos, sejam ou não portadores de doenças mentais. Muitos dos pacientes que necessitam de tratamento estão hoje jogados nas ruas ou em presídios e cadeias, vivendo em condições sub-humanas e sem qualquer amparo social, pois houve uma redução de leitos em hospitais psiquiátricos e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não está conseguindo absorver todos os pacientes sendo insuficientes para atender toda a demanda.

Durante o meu estágio curricular no Instituto Philippe Pinel (IPP) e no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) pude perceber que o quadro atual da saúde mental revela pouca mudança. Além da redução dos serviços psiquiátricos e aumento de pessoas portadoras de transtornos mentais desamparados

pela rede de apoio psicossocial, como citado anteriormente também pude observar que muitos leitos ainda estão ocupados por pacientes-moradores. Ou seja, são pessoas completamente abandonadas pela família e pela sociedade, sem perspectiva de vida. Esta realidade que vem sendo alvo de denúncias sistemáticas e bem documentadas de violações aos direitos humanos nas instituições psiquiátricas vem chegando ao conhecimento público, é o retrato mais perverso da assistência psiquiátrica.

O Ministério da Saúde determinou que quando é indicada a internação involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando indicado a alta. Além de muitas vezes não ocorrer o aviso, o Ministério Público acaba por não avaliar as condições de indicação de internação e as condições físicas da instituição, ficando o usuário de saúde mental desamparado e muitas vezes abandonado na instituição. Se, entretanto, a lei de 2001 fosse colocada em prática da maneira como foi aprovada, com certeza seria de grande valia para os pacientes.

Outra realidade nos hospitais psiquiátricos é a falta de políticas sociais direcionadas aos usuários de saúde mental. O programa “De Volta para Casa” , que regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas portadoras de transtorno mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais) está temporariamente fechado para novos cadastros e o Benefício de Prestação Continuada que garante 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência (como o portador de transtornos mentais) que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, é um benefício restrito aos comprovadamente

“pobres”, tendo muita dificuldade para ser aprovado, pois muitos dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos são abandonados por sua família, que na maioria das vezes, fica responsável por sua única renda.

No setor de emergência do Instituto Philippe Pinel, onde completei meu último período de estágio curricular, observei que muitos dos pacientes psiquiátricos atendidos neste setor eram pacientes que estavam procurando atendimento ambulatorial, mas como a maioria dos hospitais psiquiátricos públicos, só havia vaga para atendimento daqui há 1 mês ou mais, com isso, eles recorriam ao atendimento de emergência para serem atendidos. Essa realidade faz parte da política neoliberal de redução de serviços de saúde, principalmente da saúde mental. Neste processo, ocorre uma situação injusta e desumana de milhares de portadores de sofrimento mental reclusos em hospitais psiquiátricos.

Também percebi em minha experiência que há um desconhecimento por parte dos profissionais sobre direitos, leis, códigos e normas. Em sua maioria, dominam apenas os direitos mais solicitados na instituição, um dos objetos do trabalho profissional, a democratização das informações, aqui vira obstáculos.

Uma vez que o setor de saúde ainda representa o maior empregador de assistentes sociais, a categoria profissional não pode continuar se apoiando no fato de que a redução dos fundos públicos destinados às políticas sociais provoca uma redução daquilo que constitui a materialidade sobre a qual o Serviço Social se institucionalizou. É inegável que essa nova composição traz dilemas significativos para a profissão, o que exige uma leitura abrangente da realidade, pois somente assim se poderá identificar as demandas emergentes e antecipar as novas, criando formas de intervenção e requalificação profissional.

Cabe ao assistente social não só orientar sobre direitos, mas estimular os usuários

para que os mesmos possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como uma forma de garantir a efetivação da cidadania.

Este mesmo assistente social que luta pelo cumprimento dos direitos dos usuários dentro das instituições, muitas vezes, não tem condições de respeitá-lo por falta de recursos, de capacitação, de excesso de trabalho pelo número reduzido de funcionários e por condições de natureza subjetiva (visualizei esta postura profissional durante a realização do estágio).

Para que se tenha no mercado, assistentes sociais capacitados para atender as demandas dos usuários, cada vez mais complexas com o agravamento da questão social, é indispensável uma formação profissional de qualidade.

A capacitação continuada é uma possibilidade para que o profissional de Serviço Social não perpetue a prática conservadora. Estar próximo das atuais discussões do meio acadêmico também é imprescindível no processo de capacitação.

Outra possibilidade importante é o desenvolvimento do conhecimento e da pesquisa, pois isto melhora a formação e conseqüentemente a prática dos assistentes sociais. A pesquisa social é um dos componentes necessários para a formação do perfil contemporâneo do profissional de Serviço Social, na medida em que possibilita uma ampla formação teórica e uma perspectiva crítico-investigativo.

Assim, a intervenção é favorecida e se torna mais segura e consciente, pois se irá atuar sobre objetos e processos da realidade que se conhecem. Dessa forma, o assistente social não será meramente um profissional técnico-operativo.

- **REFLEXÕES CONCLUSIVAS**

A pesquisa enfrenta limites na atualidade para o seu desenvolvimento dentro das universidades, pois estas também vêm sofrendo os impactos das políticas neoliberais. Com isso, reduziram-se os recursos para as atividades de pesquisa e comprometeram principalmente os grupos de pesquisa existentes nas áreas das Ciências Humanas e Sociais, já que a prioridade para investimento se concentra nas áreas tecnológicas e biomédicas.

Relacionando a minha experiência de estágio com o conhecimento adquirido na universidade, formulei a seguinte hipótese no início dessa pesquisa: o neoliberalismo tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e da proposta da política de saúde construída na década de 80. A ressocialização e a proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos se dariam através de práticas do Serviço Social baseada numa Reforma Psiquiátrica autêntica. O aumento de movimentos sociais organizados ajuda a defender e assegurar um meio eficaz de suporte social para a reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais. A conjuntura neoliberal está deixando os portadores de transtornos mentais desprovidos de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar físico, mental e social.

Diante do desmonte das políticas públicas, em particular a da saúde mental, dentro de um contexto neoliberal, são impostos limites à atuação do assistentes sociais, na medida em que a atual conjuntura propõe a redução dos gastos sociais. Mediante tal quadro, o Serviço Social precisa buscar novas possibilidades de intervenção e para isso é indispensável a ruptura do conservadorismo presente na atuação profissional, a realização de uma prática comprometida com os interesses dos usuários e voltada para a concretização dos direitos sociais.

Enfim, este trabalho afirmou que as mudanças no modelo assistencial nas

instituições de saúde mental no Brasil estão ocorrendo e podem contribuir de forma eficiente e efetiva para o desenvolvimento humano e social. Mas para isso acontecer, as categorias profissionais e a sociedade civil têm que se organizar, porque temos muita luta pela frente para que possamos concretizar uma Reforma Psiquiátrica autêntica garantindo uma rede ampla para reduzir o isolamento e a exclusão dos portadores de transtornos mentais, pois quando não se conhece os fundamentos da profissão, os limites postos pela conjuntura, os direitos e a legislação dos portadores de transtornos mentais e não se discute as alternativas de supressão dos mesmos, estaremos condenados a perpetuar práticas conservadoras dificultando a concretização de um suporte social efetivo para a inserção e o pleno bem-estar físico, mental e social dos usuários de saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Juliana Amorim Braga de, AZEVEDO, Rafaela Moura Fernandes de. O Serviço Social na Saúde: Possibilidades e limites na atuação profissional. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA, Rita Cristina de, CAVALCANTE, Lenita da Silva. O Serviço Social na Previdência Social. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
- AMARANTE, Paulo. “O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial”. In: Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1º edição, 1992.
- BISNETO, José Augusto. “Uma Análise da Prática do Serviço Social em Saúde Mental”. In: Revista Serviço Social & Sociedade nº82, ed. Cortez, São Paulo, 2005.
- BISNETO, José Augusto. Análise Institucional do Serviço Social em Saúde Mental. Tese de Doutorado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

- BISNETO, José Augusto. O Serviço Social na Área de Saúde Mental e a Reabilitação Psicossocial. XI CBAS, Fortaleza, 2004.
- BOSCHETTI, Ivanete. “A Reforma da Previdência e a Seguridade Social Brasileira”. In: Reforma da Previdência em Questão, ed. UNB, Brasília, 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.142, SUS, Brasília, Congresso Nacional, dez. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.742, LOAS, Brasília, Congresso Nacional, 1993.
- BRASIL. Lei nº 10.216, Política Nacional de Saúde Mental, Brasília, Congresso Nacional, 2001.
- BRASIL. Lei nº 8.080, SUS, Brasília, Congresso Nacional, set. 1990.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, set. 2004.

- BRAVO, M^o Inês Souza. “A Saúde no Brasil na Década de 90: Projeto em disputa”. In: Superando Desafios, Cadernos do Serviço Social do HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, Ano III, n^o4, p. 29-34, Periodicidade Semestral.
- BRAVO, M^o Inês Souza. “Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate”. In: Saúde e Serviço Social, São Paulo, ed. Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2004.
- BRAVO, Maria Inês Souza. “As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 3. CFESS, Brasília, 2000.
- CARONE, Silvia. “Nós, as loucas”. In: Revista Marie Claire, n^o89, ed. Globo, Agosto -1998, São Paulo.
- DELGADO, Paulo. I Caravana Nacional de Direitos Humanos: Relatório da Visita aos Manicômios. Brasília, Congresso Nacional, junho – 2000.
- DRAIBE, Sônia M. “As políticas sociais e o neoliberalismo: Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas”. In: Dossiê Liberalismo Neoliberalismo n^o

17, Revista USP, São Paulo, s/d.

- IAMAMOTO, Marilda Villela. “A Questão Social no Capitalismo”. In: Revista Temporalis n°3. ABEPSS, Brasília, 2001.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. “O Serviço Social em Tempos de Globalização”. In: Dossiê CFESS, Revista Inscrita, s/l, s/d.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. “O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 1, CFESS/ABEPS/CEAD/UNB, Brasília, 1999.
- LESBAUPIN, Ivo. O desmonte da nação: balanço do Governo FHC. Petrópolis, Rio de Janeiro, ed. Vozes, 2003.
- MALLOY, James. “A Política de Previdência Social: Participação e Paternalismo”. In: Dados n°13, Rio de Janeiro, IUPERJ, 1976.
- MÁRQUEZ, Gabriel García. “Só vim Telefonar”. In: Doze Contos Peregrinos, ed.Record, Rio de Janeiro, 8° edição, 1995.

- MONTAÑO, Carlos Eduardo. “O Serviço Social frente ao Neoliberalismo: Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional”. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 53, ed. Cortez, São Paulo, 1997.
- MOTA, Ana Elizabete. “Seguridade Social”. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº50, ed. Cortez, São Paulo, 1996.
- NETTO, José Paulo. “A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 1, CFESS/ABEPS/CEAD/UNB, Brasília, 1999.
- PAIM, Jairnilson Silva. “Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira”. In: Saúde e Democracia: A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.
- QUIROGA, Ana Maria. “Mudanças no perfil das clientela do Serviço Social”. In: Enfrentamento da Questão Social, Revista O Social em Questão, PUC, Rio de Janeiro, v.4, nº4, Ano III, p.159-170, jul - dez.1999.
- RODRIGUES, Mavi Pacheco. Serviço Social e Saúde Mental: Algumas

Perspectivas de Atuação Profissional na Atualidade, 10º CBAS, Rio de Janeiro, 2001.

- SIMIONATO, Ivete. “As expressões ideoculturais da crise capitalista da atualidade”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social, Módulo 1, CFESS/ABEPS/CEAD/UNB, Brasília, 1999.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. “Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente”. In: Saúde Mental e Serviço Social, ed.Cortez, São Paulo, 2000.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A Luta pela Cidadania: Condições para uma Clínica Antimanicomial. (xérox). Rio de Janeiro, 2006.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Do Hospício à Comunidade: Mudança sim; Negligência não. ed. SEGRAC, Belo Horizonte, 1992.
- YASBECK, Maria Carmelita. “Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 4, CFESS/ABEPS/CEAD/UNB, Brasília, 2000.

- YAZBECK, Maria Carmelita. “A Política Social Brasileira nos Anos 90: A Refilantropização da Questão Social”. In: Subsídios à Conferência Nacional de Assistência Social – 3: Políticas de Assistência Social, Cadernos ABONG e CNAS, 1995.
- ZUCCO, Luciana Patrícia, CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. “Elementos para análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público”. In: Saúde em Debate, Artigos Originais, Rio de Janeiro, v.26, nº62, p.282-289, set. /dez.2002.

SITES

- ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria. Sala de Imprensa: Espaço do Jornalista. Releases. Atual Reforma de Política de Saúde Mental Deixa Pacientes sem Assistência. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/imprensa/release/exibRelease/?release=18>>. Acesso em: 19 de junho de 2007.
- Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos. Direitos Humanos se Conquistam na Luta. Em Defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Contra os Elitismos Corporativistas e Contra a Covardia. Disponível em: http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1721&Itemid=2>. Acesso em: 19 de junho de 2007.
- LEITE, Janete Luzia, RODRIGUES, Mavi Pacheco. Questão Social e Saúde na Atualidade: Reflexões acerca da Aids e da Saúde Mental. Congresso Internacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Disponível em: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p16.2.htm>>. Acesso em: 19 de junho de 2007.
- LUIS, Margarita Antonia Villar. Os Novos Velhos Desafios da Saúde Mental.

Pesquisadores em Saúde Mental: Especialista em Enfermagem Psiquiátrica. IX Encontro. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/sad/eventoapres.asp>>. Acesso em: 19 de junho de 2007.