

**Universidade Federal do Pampa**

**Política de saúde mental e dependência química: Uma análise  
sobre o protagonismo social dos usuários do Hospital Ivan Goulart  
como possibilidade de afirmação de direitos**

**Ana Paula Lago Borges**

**SÃO BORJA**

**2013**

**ANA PAULA LAGO BORGES**

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA ANÁLISE  
SOBRE O PROTAGONISMO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL IVAN  
GOULART E COMO POSSIBILIDADE DE AFIRMAÇÃO DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Me. Jocenir de Oliveira Silva

**São Borja  
2013**

**ANA PAULA LAGO BORGES**

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA ANÁLISE  
SOBRE O PROTAGONISMO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL IVAN  
GOULART COMO POSSIBILIDADE DE AFIRMAÇÃO DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Serviço Social da Universidade Federal do  
Pampa, como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Bacharel em  
Serviço Social.

Trabalho Final de Graduação defendida e aprovada em: 15/05/2013  
Banca Examinadora:

---

Prof. Me. Jocenir de Oliveira  
Orientador (a)  
UNIPAMPA

---

Prof. Me. Walter Firmo Cruz  
UNIPAMPA

---

Prof. Me. Jorge Alexandre da Silva  
UNIPAMPA

## AGRADECIMENTOS

É difícil não se emocionar, ao final de uma caminhada, e lembrar-se daqueles que fizeram parte dela, mesmo que de forma indireta ou direta, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Muitos fizeram parte da minha trajetória acadêmica, mas há aqueles que são e sempre serão especiais, mesmo não estando mais presentes, vou sempre levar comigo seus ensinamentos. Deixo meus sinceros agradecimentos, em especial:

A Deus, por ter me carregado e me fortalecido nos momentos difíceis, em que precisei de forças para seguir este caminho, e por todas as coisas boas que tem me proporcionado.

À minha família, pelo jeito de cada um. Ao meu pai, Wilson, que sempre esteve ao meu lado e me apoiou sem questionar se eu precisava. À minha mãe, Ana, por toda sua dedicação e paciência. Ao meu mano, Beto, que sempre contribui para minha reflexão.

Um agradecimento todo especial a minha avó Lurdes (in memoriam), que sempre me deu colo em toda esta trajetória, incentivou-me e me ensinou com a sua história a nunca desistir dos seus objetivos. Foi mais que avó, foi uma grande amiga.

Ao meu querido primo João Rafael (in memoriam), por toda cumplicidade que tínhamos, pela ajuda e paciência nos trabalhos acadêmicos, por toda a troca de conhecimento que tivemos.

Aos meus tios, tias, e primos que sempre estiveram presentes, proporcionando-me um segundo lar, mostrando sempre carinho, amor e união de uma grande família.

Aos amigos que ficaram e compreenderam com paciência os desafios e compartilharam as minhas conquistas neste processo. Letícia, uma grande amiga e quase irmã daquelas em que a comunicação se dá no olhar.

Agradeço com um imenso respeito a todos os usuários que colaboraram para a apreensão de conhecimento prático e que confiaram suas histórias de vida a mim.

A todos os professores da Unipampa, por serem mais que educadores em sala de aula, por compartilharem seus conhecimentos, aos meus orientadores pela disponibilidade e incentivo.

Por fim, devo dizer que agradeço ao curso de Serviço Social para além da formação profissional, agradeço por uma formação crítica, propositiva como pessoa em uma sociedade tomada pela alienação. Obrigada.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo problematizar as particularidades da dependência química no campo da saúde mental, articulado ao trabalho do Serviço Social, a partir da experiência de estágio realizada no Hospital Ivan Goulart, no município de São Borja-RS. Contextualizam-se os atuais desafios no sistema neoliberal que vem sendo enfrentado pelo Serviço Social e pela saúde mental na efetivação dos princípios dos movimentos de reforma psiquiátrica. Para a elaboração deste estudo, foram realizados estudos documentais e bibliográficos, a partir da análise de fontes secundárias como livros, artigos, legislações, diário de campo, análise institucional. Também pelas vivências durante o processo de estágio I e II. Compreende-se que o protagonismo social se configura como eixo central na conquista e efetivação de direitos, a partir dos projetos de reforma que se iniciaram na década de 1970. Situa-se esse protagonismo sofrendo, ao decorrer do desenvolvimento do neoliberalismo, a fragmentação da sua força, a partir de mecanismos de defesa do capital. Sendo assim, usuários da política de saúde mental, dos quais fazem parte os dependentes químicos, estão sujeitos a processos de exclusão, desprovidos de políticas que viabilizem a materialização dos seus direitos, fragilizando sua identidade como cidadão de direitos.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde Mental; Participação e protagonismo social; Dependência química.

## ABSTRACT

This work of course completion aims to discuss the particularities of chemical dependency in the mental health field, articulated to the work of Social Services from the internship experience at the Hospital Ivan Goulart in São Borja-RS. The current challenges in the neoliberal system that is being faced by Social Services and the Mental Health of the principles of effective psychiatric reform movements is contextualized. To prepare this study, documentary and bibliographical studies, it was based on the analysis of secondary sources such as books, articles, laws, field journal, and institutional analysis; also the experiences during the process of Stage I and II. It is understood that the social role, is configured as central in achieving and enforcing rights from the reform projects that started in 1970 is located in the same suffering over the course of the development of neoliberalism, the fragmentation of its strength from defense mechanisms of the capital. Thus users of mental health policy, which is part of the addicts, are subject to exclusion processes, devoid of policies that facilitate the realization of their rights handicapping their identity as citizen rights.

**Keyword:** Social Services; Mental Health; participation and social involvement; addiction.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CID- Classificação Internacional de Doenças

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS — Lei Orgânica da Assistência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MTS – Movimento dos Trabalhadores em Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PTM – Portador de Transtorno Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU – Organização das nações Unidas

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SIU – Segundo Informações do Usuário

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL CONSTRUÍDA NO ÂMBITO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS</b> .....	12
2.1 O protagonismo dos sujeitos sociais na afirmação da saúde como direito	12
2.2 A reforma psiquiátrica como um novo olhar para saúde mental.....	20
2.3 O Atendimento as pessoas que usam drogas!: reconhecimento da dependência química como doença.....	23
<b>3 AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DO SERVIÇO SOCIAL DENTRO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL IVAN GOULART</b> .....	30
3.1 O legado institucional dos hospitais gerais para com o atendimento a saúde mental.....	30
3.2 Particularidades no atendimento a saúde mental no Hospital Geral Ivan Goulart do município de São Borja.....	33
3.3 A intervenção do Serviço Social na dependência química no Hospital Ivan Goulart.....	39
3.4 Os desafios do Assistente Social no campo da saúde e saúde mental e a relação com a questão social no Hospital Ivan Goulart.....	45
<b>4 ENFRENTANDO O PRECONCEITO: O PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DEPENDENTES QUÍMICOS EM ATENDIMENTO NO HOSPITAL IVAN GOULART DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA</b> .....	50
4.1 A problematização do atendimento a dependência química no Hospital Ivan Goulart.....	50
4.2 O protagonismo social como instrumento de enfrentamento ao preconceito social e como estratégia de efetivação da política de saúde mental .....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70

## 1. INTRODUÇÃO

A dependência química é hoje um dos grandes problemas de saúde no mundo (OMS), e um dos desafios que cresce constantemente como demanda para o Serviço Social, dentre outras profissões que intervêm no campo da saúde mental. A tensão social voltada aos dependentes químicos, desde o crescimento ao consumo exacerbado de substâncias químicas associado à marginalização, trouxe como consequências um atendimento focalizado via repressão, em que se situam esses usuários à parte do convívio social e de uma inclusão marginal, através de políticas que não acompanham os direitos humanos.

Ao longo história, os usuários da saúde mental e, nestes, inclui-se tardiamente os dependentes químicos, contiveram, de acordo com as formas de tratamento e isolamento social, uma trajetória de estigmas (GOFFMAN, 2007), como “loucos” e “contagiosos”, esses termos expressos, a partir da questão social, apenas ganharam novas roupagens na sociedade capitalista. A partir de uma análise dialética marxista sob o fenômeno da dependência química, compreende-se que os dependentes químicos usuários da saúde mental, encontraram nas drogas formas de resistências a um estado que constrói rótulos de mercado, estigmatizando as doenças mentais, paralelo a isso, estão à mercê de serviços e políticas públicas providas pela ótica do neoliberalismo, sendo essas, em maior parte, sucateadas.

Os direitos e políticas públicas no campo da saúde mental no Brasil são resultados de um processo histórico, oriundo da organização dos movimentos sociais, iniciados na década de 70, período em que emerge, no país, um processo de transição do estado, frente uma conjuntura de ações determinantes para a construção de reformas no país. No campo da saúde, destaca-se a Reforma Sanitária e a Reforma psiquiátrica, ambas com identidades distintas, mas tinham como norteadores os mesmos princípios e diretrizes, em especial a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, e participação popular. Os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica deram início a um espaço democrático, no entanto eles acabam sendo institucionalizados, conferindo espaços para lutas organizadas que

deveriam viabilizar o coletivo, mas passam atuar em caráter limitado nas suas causas.

As Reformas, na área da saúde, foram fundantes para o reconhecimento da saúde como direito universal e melhores condições de atendimento e acesso, a inserção de novos profissionais e a construção de um novo olhar para além da doença. No entanto essas mudanças, com a institucionalização dos movimentos sociais, estagnaram-se frente ao neoliberalismo, que avança e comprime os investimentos na área da saúde, para favorecer o crescimento do capital, fato que teve como consequência o surgimento de novas doenças e o agravamento da questão social, objeto do trabalho do Serviço Social.

Dessa forma, os direitos conquistados a partir dos movimentos sociais perderam sua efetividade, um marco de consumo acirrado foi estabelecido pelo sistema capitalista, que propunha um perfil social, uma lógica sobre você é o que consome, foi instaurada na sociedade e ela, como máquina, apenas reproduzia. Com a pressão e as mudanças postas pelo sistema capitalista, sujeitos que buscam adequar-se ao padrão capitalista apresentam diversas formas de expressões da questão social, gerando formas de resistência a um estado que os oprime, dentre elas está o uso de substâncias lícitas e ilícitas, resultando no desenvolvimento da dependência química.

Com esta problematização, a proposta deste trabalho foi construída embasada na análise da prática do Assistente Social, que se deu no processo de estágio em Serviço Social, na área da saúde. O processo de prática da Graduação em Serviço Social realizou-se no Hospital Ivan Goulart, na cidade de São Borja, juntamente com a enérgica articulação da análise teórica aprendida durante todo o processo de formação em Serviço Social.

Para dar início a este trabalho, fez-se necessário percorrer a trajetória dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, com o objetivo de delinear a conjuntura da atenção à saúde até meados da década de 1970, que emergiram na organização de forças sociais, para reivindicação de melhores formas de tratamento à saúde da população e afirmação de direitos. Apresenta-se a implementação do neoliberalismo no país como um mecanismo de proteção do capital e ingerindo nos investimentos das políticas públicas.

Ainda no primeiro capítulo será dada ênfase aos movimentos de reformas, como estratégia de abertura da democratização no país, quando se afirma na Constituição Federal de 1988 a participação e controle social, assegurando a sociedade o dever e o direito em participar do controle e gestão das políticas públicas.

Dentro desta problemática, no primeiro capítulo, será discutido o movimento de reforma psiquiátrica como um novo olhar para a saúde mental e luta pela desinstitucionalização de pessoas consideradas com transtornos mentais. Pretende-se, a partir da história, analisar como se moldou a identidade das pessoas com transtorno mental, as formas de tratamento do estado neoliberal para com a saúde mental e seus rebatimentos na identidade desses usuários.

Para darmos seguimento às ponderações expostas no primeiro capítulo, faz-se necessário resgatar alguns processos de institucionalização da pessoa com transtornos mentais, delimitando nas conjunturas sociais, que deram ostentação ao perfil do institucionalizado, tomando as ações em saúde mental na sua gênese um caráter assistencialista, destacando a proeminência das bases de criação dos hospitais gerais na história. A partir deste resgate histórico, será apresentado como se desenvolve a política de saúde mental no hospital geral Ivan Goulart, no município de São Borja, dando enfoque à dependência química atrelada à abjeção do processo de institucionalização e isolamento, surgido na gênese dos atendimentos à saúde mental, que apresenta a contradição dos processos de desinstitucionalização da pessoa com transtornos mentais e a deficiência de investimentos. Finalizando o segundo capítulo, será exposto e analisado o trabalho do Assistente Social, apontando alguns desafios, para efetivação do projeto ético político profissional na sua prática frente a fatores hegemônicos, ações subordinadas a políticas sucateadas e direitos violados.

Sob a ótica que se desvelou durante o processo de aproximação teórica e prática, no terceiro e último capítulo, serão referidas as particularidades e as ações realizadas dentro da instituição do hospital Ivan Goulart, do município de São Borja. A partir do método dialético de Marx, utilizando as categorias historicidade, contradição e totalidade, busca-se articular as formas de tratamentos e práticas na saúde mental na história

apresentadas no decorrer deste trabalho, com a atual conjuntura dos atendimentos à saúde mental e reconhecimento da dependência química como doença, na realidade local do hospital geral Ivan Goulart, do município de São Borja.

Por meio da análise social e histórica, aponta-se a participação social durante todo o processo de construção e afirmação do direito à saúde e saúde mental, como organismo e poder da sociedade, na busca por melhores condições de tratamento e garantias de acesso a direitos. Tendo esta reflexão, construiu-se a proposta de intervenção, que aponta a relevância do trabalho do Assistente Social, no resgate do protagonismo social dos usuários dependentes químicos, no seu próprio processo saúde doença, partindo de abordagens que façam com que esses sujeitos reflitam sobre os condicionamentos da sua doença.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL CONSTRUÍDAS NO ÂMBITO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS**

Neste primeiro capítulo, será abordada a trajetória da política de saúde e saúde mental a partir do âmbito dos movimentos sociais. Para dar início à discussão, serão apresentadas as práticas de saúde e saúde mental a partir de uma análise sócio história em elementos determinantes deste processo para o reconhecimento da saúde como um direito, pautando-se com bases em autores que fazem referência ao materialismo histórico dialético em Marx. O segundo item deste capítulo irá ser dado destaque, aos princípios da reforma psiquiátrica como um novo olhar para a saúde mental, e por fim será discutido ao reconhecimento tardio da dependência química na saúde mental, delimitando pontos determinantes para o uso de substâncias psicoativas e sua relação com a categoria trabalho.

### **2.1 O protagonismo dos sujeitos sociais na afirmação da saúde como direito**

Há mais de vinte anos, a política de saúde no Brasil vem sendo um dos direitos fundamentais, previsto na constituição de 88 que recebem destaque no bojo das lutas sociais por uma tentativa de reforma e estratégia balizadora da redemocratização no país (MATTA, 2008).

Embora a saúde seja um direito que esteja afirmado na constituição de 1988, enfrenta constantes desafios para a sua efetivação, e essa conquista vem sendo consolidada frente a direções contraditórias. Esta realidade, na qual se situa a política de saúde, tem em seu bojo de conquista os movimentos sociais, juntamente com a ingerência das reproduções do sistema capitalista nas políticas públicas, que perpassam décadas e se solidificam como hegemonia central da sociedade.

Segundo Cohn (2010), no Brasil, foi a partir da década de 1920 que o estado começou a pensar e intervir na área da saúde voltada para assalariados urbanos. Este atendimento passou a ser denominado de assistência médica, que abrangia um público que fosse empregado, e que possuísse renda que permitisse poder contribuir com fundos de pensões de diversas categorias, os denominados IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões). O papel do estado, nesta ação contributiva, era intervir como mediador entre os conflitos das classes capital e trabalho, tendo suas ações voltadas para favorecer o capital, pois para ter acesso a serviços de saúde o trabalhador deveria financiar - lá por ele mesmo através do IAPs, ficando o acesso a estes serviços de saúde promovidos pelo setor privado (BRAVO, 2007).

Os investimentos na área da saúde pública permearam dessa forma durante anos, e a lucratividade com ela se tornou alvo para promover o sistema capitalista. O estado investia na criação de grandes hospitais, mas que poucos tinham acesso. O país neste período teve grandes avanços e investimentos na industrialização, tecnologia e na medicina previdenciária tudo a custas dos recursos públicos que os trabalhadores financiavam ocorreu uma “medicalização” da vida social (BRAVO, 2006).

Não reconhecendo a saúde como um direito, neste período, o resto da população, que não possuía condições de contribuir, era atendida somente em casos de doenças que atingissem grande parte da população, como epidemias, que dificultasse a produção hegemônica.

[...] ao Estado ficam reservadas as medida coletivas de saúde, particularmente as de controle daquelas endemias que se configuram como serio obstáculo para o florescimento das atividades econômicas agroexportadoras [...] os recursos para tais medidas tem origem na arrecadação orçamentária, a assistência médica individual, sob responsabilidade do seguro social em sua quase totalidade, é financiada por recursos advindo das contribuições [...] Não se constitui, portanto, a saúde como um direito do cidadão e muito menos um dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção do mercado de trabalho formal e para qual se tem que contribuir com um percentual de salário, sempre por meio de contrato compulsório. (COHN, 2010, p.15).

Os atendimentos dos serviços básicos de saúde, prestados a pessoas em situações de vulnerabilidade econômica, e que não possuíam condições e meios de contribuir, eram supridos por uma ótica assistencialista, focada em campanhas sanitaristas e paliativas “a atuação do Estado restringia-se, em grande parte, a situações emergenciais, como as epidemias em centros urbanos” Finkelman (2002. p. 121-122). Já o setor privado detinha os serviços de saúde com melhor qualidade, e fez dessas mercadorias, vendendo ao estado, promovendo pressões sociais e influenciando nas ações estatais (AMARANTE, 2011).

Esta concepção de controle da população com medidas paliativas, em favor do capital, surgiu com os agravamentos da questão social, advindos do processo de industrialização no país que ocorreu na década de 30, ocasionado na pauperização e inchaços nas grandes cidades. As pessoas deixavam seus locais de origem, em troca do “bum” da industrialização que trazia a imagem do desenvolvimento econômico do país. O que na verdade ocorreu foi o surgimento das “manifestações imediatas da “questão social” (forte desigualdade, desemprego, fome, doenças, penúria, desamparo frente a conjunturas econômicas adversas, etc”(NETTO, 2001, p.43-44).

Os atendimentos na área da saúde voltados a uma minoria e dirigidas pelo mercado permearam desta forma por muitos anos, obtendo reflexos históricos que permanecem até os dias atuais. A saúde no país ainda hoje privilegia melhores condições aos que possuem meios para pagar e contribuir, por melhores serviços. As novas configurações sociais deram origem a novas roupagens da questão social, mas continuam ainda, segundo alguns autores

como Iamamoto (2007), expressando as velhas mazelas da sociedade capitalista.

Os agravamentos dos problemas relacionados à saúde têm a estreita articulação com a onda neoliberal, originada nos países centrais, inicialmente na Inglaterra e Estados Unidos, disseminada pelo mundo capitalista alcançando países periféricos, entre eles o Brasil, causaram vastos impactos na área da saúde. A temática da saúde é universalizada, agora, porém, por meio de uma vertente predominantemente economicista e inserida nas mudanças por uma nova ordem econômica mundial.

O processo saúde e doença restringida por determinantes unicausal (CAMPOS, 2006), e com medidas atenuantes de contenção social, perduraram até o fim da ditadura militar, quando na década de 70, perante a um contexto de transição do estado, é que a atenção à saúde começa a ser mudada.

O cenário que desencadeia a afirmação do direito à saúde, parte muito mais de um princípio de sobrevivência da sociedade do que a conquista de um direito, vinculado à emergência e organização de forças e formas de resistências da sociedade, a um estado que visava atender os agravamentos da questão social, com ações paliativas.

A década de 70 é marcada como um processo de profundas mudanças na maior parte das áreas sociais e econômicas do país, como saúde, educação, Assistência Social etc. O país também atravessa, neste momento, a transição de um estado ditatorial para o início de um estado democrático de direitos. (BRAVO, 2006).

Paralelo a esta condição, o plano econômico neoliberal (MATTA, 2008), que já era vigente neste período, tinha iniciativa em modernizar o sistema econômico, reduzindo ainda mais recursos na promoção de políticas públicas. O neoliberalismo era na verdade um mecanismo de defesa do mercado, tendo a função de incidir sob qualquer empecilho, que se colocasse sobre o desenvolvimento econômico. Sendo assim, investimentos do estado em outras áreas que não fossem econômicas, como a área da saúde, e eles apresentassem riscos ao mercado eram suprimidos pelo neoliberalismo. Portanto, não é de se estranhar o sucateamento dos serviços de saúde e a falta de investimentos nas áreas sociais, deste período até época presente.

A globalização neoliberal se consolida, se estende e se torna hegemônica [...] Formulou-se a teoria do Consenso de Washington, segundo a qual haveria uma fórmula universal, obrigatória para todos os governos, de ajuste fiscal, com suas consequências imediatas: refluxo dos gastos do Estado, concentrados em políticas sociais e gastos de pessoal, privatização de empresas, abertura da economia ao mercado internacional, precarização das relações de trabalho, incentivo à atração do capital financeiro. [...] O processo violento de reconcentração de capital que as políticas neoliberais puseram em prática, mediante a privatização de patrimônios públicos, de barateamento da força de trabalho, dos subsídios ao capital, não levaram ao fortalecimento dos investimentos produtivos, mas à maciça transferência de capitais do setor produtivo para o especulativo. (MATTA, 2008, p. 41-42).

Toda a precarização que girava em torno da saúde, emergiu em questionamentos às políticas públicas, juntamente com o processo de transição do estado, configura-se, neste período, um processo democrático, que emerge na organização de diversos setores da sociedade, com a finalidade de reivindicar direitos, e melhorias nas condições de vida e tratamento da sociedade. Na área da saúde e não se desagregando de outros direitos reivindicados no período de 70, tem a sua frente, movimentos de trabalhadores, como MTS (Movimento de trabalhadores da Saúde), MTSM (Movimento de trabalhadores da Saúde mental), partidos políticos, usuários, familiares e sociedade civil no geral.

A saúde, nesta década, contou com a participação de novos sujeitos sociais 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. A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia. (BRAVO, 2006, p. 8).

Dessa forma, os movimentos organizados da sociedade passam a ocupar vários espaços de correlações de forças, das políticas públicas, a fim de garantir seus direitos e participação no controle social<sup>1</sup>, dando alicerces para a construção do movimento de Reforma Sanitária, que tem como por base

---

<sup>1</sup>O controle social tem sua concepção advinda da Constituição Federal de 1988, enquanto instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político-administrativa-financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado. Dentro dessa lógica, o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais. (PNAS, 2004).

princípios e diretrizes, pautada na universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1988).

Percebe-se, então, que é na ênfase da participação social que se obtêm transformações societárias e a garantia de acesso a direitos, tendo estes não somente postos paralelo às ações sociais. Ao ser analisada a Reforma sanitária, percebe-se que sociedade assume seu papel como protagonista em um processo democrático fazendo com que esse movimento reformador seja constituído em uma concepção de equidade de acesso e direitos, apontada num conjunto de práticas emancipatórias afirmada na Constituição de 1988.

O que se observa nesse período são discussões amplas destinadas à realização de reformas dos sistemas tributários, financeiro e administrativo, e de reformas na área social (educação, previdência social, habitação, assistência social, alimentação e nutrição). No caso da saúde, esse processo se dá através do movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FINKELMAN, 2002, p.127).

A reforma Sanitária não veio somente com o propósito de afirmar a saúde como direito, abriu portas para a democratização no país, esse movimento reformador, no âmbito de seus objetivos, conquistou a participação da sociedade assegurada nos artigos 197 e 198 da Constituição/1988 e, juntamente com o controle social, protesta o desenvolvimento da política de saúde para a sociedade no todo, cabendo como função dela o direito e dever em participar ativamente da gestão, construção e controle dessa política.

A descentralização e reconhecimento da saúde como direito universal só foi possível com o papel dos movimentos sociais pós-ditadura, estes classificados por Carvalho (1995, p.49), como “portador coletivo e obstinado da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde, como elemento estratégico do processo de reforma da saúde”.

Compreende-se que um estado democrático foi produzido a partir das reformas, porém sem dono. Considerando isso, pode-se dizer que a sociedade inserida em um mesmo sistema vive à parte dela mesma. As ideias de um país democrático e participativo (BRAVO, 2006), produzidas após o período de ditadura, foram idealizadas e construídas, porém, atualmente, a sua efetivação

ficou mais no papel do que na prática em si, as reformas sociais, acabaram tendo a intervenção do neoliberalismo, que acabou novamente comprimindo a democracia e participação social.

Houve grande retrocesso da sociedade no que se refere à reivindicação de direitos, nas formas de participação social, compreendendo esta como um grande desafio para a sociedade. Ao ter suas mobilizações institucionalizadas, a sociedade passou de protagonista, para o papel de coadjuvante, havendo suas reivindicações limitadas, transmitindo seu papel para organizações que de forma consensual com o estado, promovem ações que, embora tenham importância social, limitam-se a pequenos grupos e causas, sendo que por muitas vezes não se estende ao coletivo.

[...] fortaleceram-se as ONGs e entidades do terceiro setor – que antes serviam apenas de apoio aos movimentos populares. Estes últimos enfraqueceram-se e tiveram de alterar suas práticas, ser mais propositivos - participando dos projetos das ONGs – e menos reivindicativos ou críticos. No Brasil, o número de manifestações diminuiu a relação inverteu-se: as ONGs tomaram a dianteira na organização da população, no lugar dos movimentos. [...] O terceiro setor passou a atuar com populações tidas como vulneráveis, focalizadas, grupos pequenos, atuando por meio de projetos, com prazos determinados (GOHN, 2011, p.341).

Assim como a reforma do estado (NOGUEIRA, 2004), que iniciou no mesmo período, as reformas na área da saúde também não tiveram um fracasso na sua totalidade. Tais reformas possibilitaram uma consciência do estado como um todo, clareza a respeito de toda trajetória percorrida, erros e fracassos cometidos e rompimento da passividade da atuação de um sistema burguês, dominante e conservador.

Embora alguns avanços, tensionamentos e retrocessos se fizessem presentes no campo da saúde pública no Brasil, vale aqui dizer que outros campos pertencentes ao campo da seguridade social passaram e viveram processos semelhantes. Os direitos conquistados, que hoje temos, foram graças a importantes atores sociais que reivindicaram, lutaram e se mobilizaram por meio de ações coletivas e revoltas frente a um sistema dominante e controlador da vida social.

De acordo com Cohn (1999), atualmente a rede brasileira de estabelecimentos de saúde qualifica-se como sendo voltada fundamentalmente

para a assistência básica de saúde. O setor público é responsável, preponderantemente, pelos serviços de atenção primários, geralmente incorporadores de tecnologia de baixo custo, enquanto o setor privado concentra-se preferencialmente no segmento hospitalar, tradicionalmente incorporador de tecnologia de maior custo.

O Estado constitui-se, sem dúvida, no principal agente financiador, cobrindo boa parte do pagamento da produção dos serviços hospitalares, tanto públicos como privados. Todavia, a prestação dos serviços hospitalares é preponderantemente privada, salvo nos serviços de alta complexidade, em que o setor público responde por uma fatia expressiva da oferta de serviços.

O que se revela no atendimento à saúde, no Brasil, é um padrão de organização de serviços de saúde excludente e iníquo. Ao setor público, destina-se a vocação para responsabilizar-se pelos estabelecimentos de mais baixo custo, grande produtor de atendimento elementar e voltado para a atenção primária em saúde, enquanto o setor privado concentra-se, fundamentalmente, na atividade hospitalar e nas consultas médicas aos pacientes externos (aqueles não internados nos estabelecimentos hospitalares) (CONH, 1999).

Os direitos conquistados, a partir dos movimentos de reforma, são amparados por lei assim como a participação civil. No entanto, a atual conjuntura dos processos de exploração e desencadeamento de inúmeras expressões da questão social, como desemprego, fome, miséria, condições precárias de trabalho, dentre outras fizeram com que as forças dos atores dos movimentos sociais tivessem outras prioridades. O capital criou mecanismos que sucumbissem à atenção a reivindicações a direitos.

Nesse cotidiano, a capacidade de luta do trabalhador fica reduzida com a mutilação do corpo e da mente, agravada pela ameaça do desemprego, intensificado na reestruturação neoliberal, consequentes perdas de direitos sociais e aumento da carga social no trabalho, com submissão a agressões a sua saúde. Assim, esse tipo de carga incide não apenas sobre a saúde dos trabalhadores, desgastando sua condição física, psíquica e social, degradando suas condições de vida, bem como desencadeando a mutilação política de enfrentar essas próprias cargas e perdas, o que rebate nos movimentos sociais (FREIRE, 2010, p.305).

Mesmo em períodos, nos quais qualquer reivindicação era repreendida, os movimentos sociais se mobilizavam, lamentavelmente estagnaram após um processo de institucionalização, e reconfiguração no bojo das demandas sociais, produzidas pelo capital. Os homens aprenderam a se acostumar e alienar-se com o pouco que o capital oferece, ficando à mercê de serviços e políticas públicas que não avançam para além de tentativas de reduzir desigualdades sociais.

Seguindo essa discussão, busca-se problematizar os principais elementos que os movimentos sociais desencadearam na atenção à pessoa com transtorno mental (PTM) <sup>2</sup>, dentro da saúde mental a partir do movimento de reforma psiquiátrica.

## **2.2 A reforma psiquiátrica como um novo olhar para saúde mental**

No marco do início de um processo democrático, no bojo de lutas e participação social em prol da reforma sanitária, formaram-se fundamentos para outro movimento reformador, que aponte melhores formas de atenção específicas para a saúde mental. O movimento que se organiza em prol de melhores condições de tratamento ao doente mental e a política de saúde mental é a denominada Reforma Psiquiátrica, que segundo Amarante (1994, p.51)

[...] é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

A reforma psiquiátrica nasce no bojo da reforma sanitária, porém ambas têm distintas identidades. Sendo balizada pelas mesmas diretrizes e princípios da reforma sanitária, a reforma psiquiátrica difere-se no sentido de que se configurou em uma luta mobilizada por profissionais, estudantes, usuários e outros sujeitos integrantes no campo da saúde mental. Esses setores foram sublevados por algumas causas ocultadas socialmente, incididas

---

<sup>2</sup>Este termo será utilizado referir a toda pessoa que possui algum transtorno mental, ao invés de portador de transtorno mental que esta posto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

neste espaço de trabalho, a se posicionar em torno das precariedades e condições que a comunidade mental como um todo estava exposta.

Os 'bolsistas' são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros, e assistentes sociais, muitos dos quais com cargo de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. (AMARANTE, 2011, p.52).

Os movimentos desses trabalhadores repercutiram em mobilizações de apoio da sociedade civil. A reforma psiquiátrica buscou pela desinstitucionalização da pessoa portadora de transtorno mental, e um atendimento humanizado, para além de uma demanda que responsabilizava apenas a família. A reforma na saúde mental aponta o papel do estado na promoção de políticas e ações que promovam a reinserção social da pessoa com transtorno mental e o fim de instituições, onde sujeitos sejam expostos a maus tratos, isolados do convívio social, declarados sujeitos improdutivos e que apresentem ameaça à configuração do modelo de sociedade.

Obteve-se, com a reforma psiquiátrica, um grande progresso na concepção em relação à saúde mental, passou-se a considerar aspectos objetivos vivenciados pelo portador de transtorno mental, resultando em um olhar para além da doença. Tendo em vista que a doença não vem sozinha, ela é fruto do que o sujeito vivencia no seu meio social, uma vez que ele é atendido juntamente com a família, visando preservá-lo durante o tratamento para uma nova reinserção e convívio social.

Para, além disso, os frutos do processo de reforma psiquiátrica tiveram outros resultados positivos, como a criação de leis que garantissem o direito e acesso aos usuários da política de saúde mental, resultando na criação, segundo Rosa (2011), do projeto de lei nº3.657/89, criado pelo deputado federal mineiro, Paulo Delgado. Tal projeto teve como proposta a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que visava à afirmação e regulamentação dos direitos desses usuários e em reavaliações e alterações em decretos já existentes. A proposta do projeto visava a um atendimento mais abrangente, voltado para além da doença, e que abordasse o meio desse indivíduo.

O projeto nº3.657/89 resultou em bases para a criação da Lei 10.216, que visa afirmar a reforma psiquiátrica e consolidar um modelo assistencial na saúde mental, que garanta um tratamento digno e que descarte os processos de inclusão marginal, produzido pelos serviços e ações de atenção à saúde mental, dirigidos para os portadores de transtorno mental, ao longo da história. O tratamento ao portador de transtorno mental, a partir dessa lei, passa a ser dirigido por redes assistenciais e serviços extra-hospitalares, que visam derrubar a “indústria da loucura” (AMARANTE, 1994, p.13).

Em meio a novas conjunturas sociais, novas doenças foram se configurando a necessidade de se criarem bases que moldassem um novo atendimento à saúde mental, que desse conta de um novo contexto, que agora emergia, não somente pelo direito à saúde, mas também que contemplasse e acompanhasse uma nova conjuntura que surgia após um longo período conservador.

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 (BRASIL, 2001, online).

A partir do reconhecimento de aspectos para além da doença física, muitas unidades de saúde tiveram que reformular os atendimentos à pessoa portadora de transtorno mental. Instituições asilares e os chamados hospícios foram fechados, no entanto há questionamentos que contradizem essa afirmação, apontando que ainda existem lugares, onde sujeitos são isolados por apresentarem alguma doença mental. Tal indagação não será aqui aprofundada por não ser o foco deste trabalho, mas aponta-se uma lacuna a ser futuramente pesquisada.

A reforma psiquiátrica propiciou a pessoa com transtorno mental (PTM), novas formas de atendimento e direitos, no entanto, alguns aspectos herdados por uma trajetória histórica de preconceito e exclusão desses sujeitos, influênciam na fragilidade do tratamento à sua saúde. A identidade, voltada aos PTMs, historicamente tratados pela sociedade como loucos e contagiosos, que eram para o capital um atraso à sua produção, trouxe

consequências que são atuais, como a supressão, convencionalismo, dificuldade de acesso a bens serviços, reinserção no mercado de trabalho e na sociedade.

Embora ocorra o reconhecimento de aspectos subjetivos dos sujeitos no processo saúde doença, e ainda que ocorra uma conquista dos movimentos sociais na afirmação de novos serviços de atenção à saúde, o capitalismo consegue utilizar-se dessa conquista a seu favor, pensando que, para ele, a saúde do trabalhador, e “todas as atividades, as relações entre empregadores e empregados, companheiros de trabalho e o público, são consideradas de grande importância para o bom andamento do serviço” (NICÁCIO, 2005, p.48 apud HAMILTON, 1973, p. 43). Sendo assim, os sujeitos com alguma doença mental, que até então eram considerados um atraso e prejuízo ao capital, passam a ser vistos como novas possibilidades de mão de obra.

O cenário, para esses usuários, teve, com a reforma psiquiátrica, ganhos no que se refere à forma burocrática de tratamento e a conquista (não consolidação integral) de direitos, no entanto o tratamento por parte da sociedade alienada, pelo sistema capitalista, comprimiu os princípios de luta coletiva e os propósitos de equidade, igualdade e inclusão defendidos pela reforma psiquiátrica.

Os desafios enfrentados pela pessoa com transtorno mental perpassam uma linha de exclusão, preconceitos e políticas ineficazes. Ainda no que se discute como inclusão, no próximo item deste capítulo, irão apresentarem-se, no campo da saúde mental, os desafios enfrentados pelos dependentes químicos que tiveram tardiamente o reconhecimento da sua doença e a sua inclusão nas políticas públicas de saúde, voltadas a essa doença.

### **2.3 O Atendimento as pessoas que usam drogas: reconhecimento da dependência química como doença**

Ao ser considerada a subjetividade dos sujeitos e sua estreita relação com seus aspectos objetivos, percebe-se que “na medida em que o indivíduo é, desde sempre, social, ele encarna na sua história de vida singular as determinações mais amplas da questão social” Nicácio (2005, p. 53). Nesse

sentido, considera-se o meio onde os sujeitos estabelecem suas relações sociais, questões que podem ser determinantes no processo saúde doença.

Ao ser avaliada a mudança ocorrida na área da saúde, que se encontra indissociável com a redemocratização do país, e nas transformações, na atenção e no direito à saúde, percebe-se que estão distantes das transformações societárias, isso porque a política de saúde encontra-se um passo atrás do seu contexto, vivendo a dicotomia com as relações sociais.

O engendramento do capitalismo, no desenvolvimento da vida social, fez com que novas doenças fossem desenvolvidas e, tardiamente, reconhecidas, como é a condição da dependência química. A partir da pressão imposta pelo sistema capitalista e vivenciada pela sociedade, para se enquadrar no padrão estabelecido pelo sistema capitalista, estabelecem-se novas doenças, relações sociais mercadológicas, políticas sociais excludentes, no sentido que elas não têm a participação ativa da sociedade no processo de sua construção. As pessoas passam a ser meros instrumentos de reprodução do capital e apenas reproduzem o que o sistema impõe.

Não se limitando a esse quadro, outro fator que se agrava, como mostram os dados do Ministério da Saúde (2012), é a falta de investimentos no tratamento à saúde mental. O governo tem buscado alternativas no combate à dependência química via repressão, reduzindo os investimentos no campo da saúde. O capitalismo tem como defesa para sua reprodução a utilização de mecanismos alienantes, como o uso de substâncias químicas.

[...] tendo o homem conhecido a droga como possibilidade através do mundo da ilusão, o seu uso, entretanto, também ocorreu com finalidades sociopolíticas. Assim veremos que, dentro de um contexto histórico que não prioriza o ser humano, tornou-se necessário “sedar” enormes massas de necessidades que ficam relegados e à margem do processo de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico (DIAS, 2001, p.27-28).

É importante ressaltar que as drogas não tiveram seu surgimento na sociedade capitalista. Segundo Dias (2001, p.21), “tanto no Novo como no Velho mundo”, as pessoas fazem uso de alguma substância que venha lhe proporcionar alguma sensação de prazer ou de amenizar sofrimentos. O que de fato se considera para o capital, no que concerne às substâncias químicas e

ora popularmente chamada por drogas, é fazer uso dos fins que ela causa para benefício próprio.

O crescimento do consumo de substâncias psicoativas fez com que a drogadição, na trajetória dos sujeitos e na vida em sociedade se caracteriza, como uma forma de resistência e um mecanismo de defesa e fuga de uma realidade (DIAS, 2001), em que os sujeitos não conseguem enfrentar, e se encontram expostos às consequências de um sistema regulador e dominante.

O enfrentamento a tais consequências geradas pelo capital sobrepõe aos dependentes químicos a conclusão que não há espaço para eles e que estão à margem de um atendimento de atenção social, tendo um atendimento social fragilizado, focado na doença. São pessoas que vivenciam a sensação de impotência, perda de identidade, desmotivação, ficando expostos facilmente a elementos que oferecem uma fuga da realidade que estão inseridos. No que podemos compreender como subterfúgio à realidade, é o uso abusivo de drogas que acompanha o movimento de exclusão, isto é, virou uma das saídas ou respostas aos problemas vivenciados pelos dependentes químicos.

[...] a dependência química é uma doença crônica, caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem-estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, insegurança, entre outros (PEREIRA, 2010, [s.p]).

O sistema capitalista oprime e exige a sobrevivência de uma forma alienada (DIAS, 2001), já os que são excluídos ou resistem a esse sistema pagam o preço de escolhas que os levam ao preconceito e discriminação social. No caso dos dependentes químicos, sentem-se rejeitados, humilhados e excluídos devido a sua dependência. Essa exclusão acaba por produzir e despertar um sentimento de impotência e, conseqüentemente, a perda de sua identidade social, não dando importância a que meio pertence e o que possui enquanto ser social. Uma falsa liberdade é trazida aos sujeitos reprimidos a um sistema que dita regras e princípios para ser abrangido socialmente, ficando expostos aos contrassensos instituídos, uma vez que, o que se vive hoje é uma representação dos sujeitos, pois,

[...] o predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na

raiz das novas configurações da questão social na era das finanças [...] condensa a banalização do humano que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social e dos sujeitos que o realizam na era do capital fetiche. (IAMAMOTO, 2010, p.125)

De tal modo se configura uma sociedade que apenas reproduz as normas de um sistema dominante, sujeita-se a políticas sucateadas, pois todos aqueles que de alguma forma são atingidos pela hegemonia do capital, são classificados como os dominados ao longo da história e desenvolve doenças e formas de resistência.

A classe dos dominados vivencia os mais diversos tipos de exclusão e preconceitos, logo manifestados em movimentos de resistência (VASCONCELOS, 2006). A dependência química caracteriza-se como uma delas, ao mesmo tempo em que se consolida em inúmeras expressões da questão social como violência, exclusão, fragilidade de vínculos familiares e sociais, analfabetismo, desemprego, miséria, fome, doenças físicas e mentais (MOTTA, 2007).

[...] A trajetória dos dominados tem a marca da exclusão social enquanto processo de marginalização dos bens culturais, econômicos, políticos de lazer que constituem patrimônios de certos grupos embora haja um processo de integração em patrimônios familiares, afetivos, de amizade de certos bens que configuram o patrimônio dos dominados inseridos numa relação de desigualdade. (VASCONCELOS, 2006, p.74).

Assim como outras doenças mentais a dependência química também esta reconhecida pelo CID (classificação internacional de doenças) esta é descrita pelo código F19 que se aplica a pessoa com “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas” (CID-10, 2008, online).

Durante muito tempo, a doença mental foi tratada como algo que se destinava ao tratamento da loucura, tanto que, ao invés de clínicas e hospitais direcionados a esses usuários, eram tratados em hospícios e asilos, onde por muitas vezes eram submetidos a maus tratos e uma destituição de sua identidade dentro dessas instituições. O individuo era tratado como “louco” e “contagioso”, com representação de riscos ao meio social, ficando à margem do convívio social, para ser parte integrante da exclusão social.

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente mortificado (GOFFMAN, 2008, p.24).

A reconfiguração dos tratamentos à pessoa com transtorno mental e o reconhecimento das doenças não fizeram com que mudasse a imagem que o sistema capitalista convencionou à sociedade desses sujeitos. A pessoa com transtorno mental ainda é vista como alguém incapaz, improdutivo. Essa colocação direciona-se exatamente à questão da dignificação pelo trabalho, conceito fruto da sociedade capitalista que qualifica o homem de acordo com aquilo que ele pode produzir para a acumulação do seu lucro, o trabalho é colocado como “atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade”. (TUNDIS 2007, p. 218 apud SILVA, 1994).

Ao pensar no sentido utilidade, compreende-se que os dependentes químicos que estão fora do mercado de trabalho não se consideram seres dignos, com uma doença e, muito menos ainda, o reconhecimento de seus direitos. O cenário de preconceitos e discriminação social acaba por contribuir na desmotivação dessas pessoas em uma nova reinserção social.

Uma reatualização nas formas de controle do homem, pelo poder dominante do capital que difere da época de escravidão sob seus aspectos objetivos e, por conseguinte, subjetivos pelo trabalho, mantém em seu domínio o controle por via de mecanismos e padrões socialmente produzidos que se encontram de forma sutil e aceita pela sociedade. Por outro lado, o trabalhador que tem seus direitos violados encontra-se dependente de políticas públicas sucateadas, como a da saúde que, ao receberem a interposição do sistema capitalista, mascaram a intenção do capital em assegurar sua produtividade.

Essas questões até então nos permitem fazer a análise, a partir dos processos de movimentos de resistência de alguns trabalhadores dependentes químicos, que determinaram seu modo de vida, o uso de substâncias químicas para manter suas atividades no trabalho como o caso de caminhoneiros, que

trabalham em condições em que “Existem estreitas vinculações entre biorritmos [...] emerge, então, relativamente à questão do trabalho noturno e do trabalho em turnos alternados um aspecto merecedor de bastante atenção” (TUNDIS, 2007, p.221 apud SILVA, 1994).

Todavia, percebe-se que a questão do trabalho e a ingerência capitalista interferem diretamente na vida do homem, legitimando seu modo de vida, influenciando na sua saúde. No que se refere à saúde mental, particularmente, à dependência química que decorre, muitas vezes, no processo capital trabalho, considera-se, ainda, que os avanços no tratamento à dependência química estão longe de alcançar o crescimento do consumo de substâncias químicas e psicoativas e muito além da sua produção.

A comparação entre cifras de consumo e de produção é perturbadora. A produção mundial de droga é muito superior ao consumo. [...] O corpo médico interessa-se pelos toxicômanos em recuperação e suspeita geralmente, de estatísticas consideradas proveitosas apenas para as ciências humanas; os educadores e os agentes sociais temem ver tais estatísticas desviadas para fins policiais; os serviços de policia associam a droga a delinquência e se satisfazem com os dados descritivos de sua eficácia [...] (KOPP, 1998 p. 16-17)

Numa sociedade globalizada, onde o capital dita as regras comportamentais, vendendo poder e ilusão, não são todas as pessoas que têm discernimento para saber o que é certo e o que é errado. No mundo da exploração capitalista, onde o que vale é o “TER” e não o “SER”, onde as pessoas são exploradas pelas relações de trabalho, sem acesso à educação, lazer, cultura, num contexto de fragilização e vulnerabilidades que fazem com que as famílias se distanciem, torna-se difícil o acompanhamento e o ensinamento para o não consumo de substâncias psicoativas.

Portanto, pode se afirmar que a dependência química, nesta sociedade globalizada, acabou sendo mais um mecanismo do capital para manter os seus padrões de acumulação. A sociedade capitalista opera pela lógica de que tudo se é aproveitado ao capitalismo, desde que gere lucro, inclusive a dependência química. Ela possui um poder invejável de transformar tudo a seu favor. A dependência química tornou-se mais um produto produzido pelo capital e para ser consumido pela sociedade, por ora que serviria ao capital um produto no qual ele não extraísse mais valia.

Para dar sequência a esta discussão, no próximo capítulo, será abordado como o direito à saúde e aos princípios de reforma vêm sendo materializados nas instituições hospitalares, após a constituição de 1988 e a Lei 8.080 (1990), trazendo as particularidades do tratamento à dependência química no Hospital Geral do município de São Borja, demarcando a intervenção do assistente social na dependência química neste espaço sócio-ocupacional.

### **3. AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DO SERVIÇO SOCIAL DENTRO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL IVAN GOULART**

Para darmos sequência à discussão do capítulo anterior, é necessário fazer um resgate de alguns pontos na história que são fundamentais para a compreensão dos processos de práticas na atenção à saúde nas instituições.

No primeiro ponto do capítulo, será problematizada a questão da institucionalização a partir de fundamentos históricos do surgimento dos hospitais gerais. Na sequência, serão abordadas as particularidades do Hospital Ivan Goulart do município de São Borja-RS, na atenção à saúde mental, juntamente com o reconhecimento da dependência química, atrelando à impenitência do processo de institucionalização e à deficiência de investimentos. No penúltimo item deste capítulo, será discutido o trabalho do assistente social na dependência química no hospital Ivan Goulart. Por fim, o último item discutirá a intervenção e os desafios do trabalho do assistente social, no campo da saúde e saúde mental, em um contexto neoliberal.

#### **3.1 O legado institucional dos hospitais gerais para com o atendimento à saúde mental.**

Compreender os processos históricos e considerar questões que perpassam o cotidiano da vida em sociedade é fundamental na demanda saúde doença para uma possível intervenção, pois “[...] os fenômenos sociais são sínteses de muitas determinações, o que exige romper os reducionismos, monocausalismos, e a fragmentação” (BEHRING, 2006, p.16).

Muito antes de ser criados instituições asilares e hospícios, já se concentravam internações de pessoas consideradas fora dos padrões da burguesia, em instituições hospitalares que tinham na caridade sua missão. Diferentemente do que se abrange como prática e usuários, atualmente, em sua origem o hospital teve o mesmo intuito da igreja, abrigar e “prestar alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes” (AMARANTE, 2011, p.22).

O perfil das pessoas consideradas “*anormais*” (AMARANTE, 2011), e internadas nesses hospitais, na verdade não havia problemas mentais em si,

as internações eram advindas de condições de vida, sendo os usuários de classes de “desempregados, migrantes, filhos de subempregados, pacientes portadores de patologia física” (DELGADO, 2007, p.178), hoje com tratamentos ditamente mais humanos, esse perfil transformou-se.

A internação nos hospitais gerais ocorria no início do século XVI, de forma voluntária, com a compreensão de ser um lugar para “*enclausuramento da loucura*” (AMARANTE, 1998), as internações passaram a ser determinadas por autoridades reais e judiciárias, sendo doente, sem qualquer tipo de direito de decisão. Sendo assim, os hospitais gerais absorveram demandas políticas e sociais, mudando o caráter do seu exercício para atuar com ações de controle social e exclusão das classes pauperizadas.

O grande enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituição médica relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura (AMARANTE, 1998, p.24).

Amarante (1995) aponta que a terminologia da loucura passa por diversas trajetórias e preconceitos passando de um dom divino para um mal abominável pela igreja, e um castigo de condições e modos de vida dos sujeitos. Sendo assim, a “loucura” parte de um percurso carregado de estigmas trágicos estritamente relacionados à marginalização, para um olhar crítico sobre a doença mental.

A partir do século XVIII, a loucura passa a ser encarada como doença. Ações religiosas e assistenciais vão perdendo espaço devido a sua ineficácia nas ações voltadas ao enfrentamento ao ócio. As demandas da saúde mental, ao serem propagadas, fomentavam a criação de outras instituições que atendessem a saúde mental. Após um longo processo histórico – que não será aqui aprofundado neste trabalho - a instituição hospitalar e as formas de tratamento foram se modificando, acompanhando novos processos históricos, como os movimentos de reforma na saúde ocorridos na década de 70.

A reclusão em instituições para tratamento da pessoa com transtornos mentais teve seus alicerces vinculados ao isolamento e exclusão de pessoas consideradas improdutivas ao trabalho e sem alguma forma de lucro ao capital.

Suscitava-se o que o médico francês Philippe Pinel vai chamar de “trabalho terapêutico” o trabalho como uma forma de cura (AMARANTE, 2011, p.33).

Após serem derrubados os “muros da loucura” (AMARANTE, 2011), e com a desinstitucionalização, não bastou apenas reconhecer questões para além da doença física, foi necessário que se criassem serviços que atendessem as novas demandas desveladas, pertencentes ao processo saúde-doença. Emergiu-se a necessidade de criar-se uma rede que desse suporte para atender essas novas demandas, que fossem para além do seio familiar. É o que Delgado vai chamar de *psicoterapias de redes sociais*. A psicoterapia de redes sociais defende Delgado (2007, p.186) que é “uma tentativa inicial para produzir mudança num nível de organização acima da família”.

No Brasil, após a reforma psiquiátrica, após a lei 10.216, e com afirmação da lei 8.080/90 ter reiterado os princípios de reforma, os hospitais gerais foram incumbidos de prestar atendimentos a pessoas com transtornos mentais. No entanto, o que estudos vêm apontando é que novas organizações foram dadas às práticas de saúde, que demonstram uma reatualização de antigos moldes no campo da saúde, prevalecendo alguns estigmas que a antecederam.

As institucionalizações nos hospitais gerais apontam práticas funcionais das antigas instituições de saúde mental, identificadas por Goffman (2008) como a fragilidade de vínculos afetivos, distanciamento da realidade, submissão à equipe do tratamento, sedação por medicamentos e alguns tratamentos considerados extintos, como sessões de eletrochoque.

O foco da institucionalização, nas instituições hospitalares, juntamente com o isolamento social, permitiu construção de ideias estigmatizadas por parte da sociedade em relação à saúde mental e um retrocesso que Amarante (2011, p.29) aponta como “o principio do isolamento do mundo exterior, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada”. Embora se considere que o médico Philippe Pinel assinala as instituições de atendimento à “loucura” como um lugar que vai para além do enclausuramento e exclusão da pessoa com transtorno mental, ele confirma esses espaços como instrumento de cura.

[...] Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas

para descrevê-los. [...] Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (Amarante, 1998, p. 26).

Evidentemente que as reconfigurações na saúde não constituem somente do reconhecimento das fragilidades nas políticas de saúde e saúde mental no Brasil, mas recebe destaque na afirmação e fortalecimento dos direitos sociais, a partir das forças dos movimentos de reforma, sendo a saúde colocada como um direito universal sem qualquer tipo de discriminação, promovendo a humanização dos serviços que atendam a saúde mental.

Para fazer referência às práticas de institucionalização da pessoa com transtorno mental, serão trazidas no próximo item deste capítulo, as particularidades do Hospital Ivan Goulart, do município de São Borja-RS. Buscando, nessa análise, a articulação com o materialismo histórico presentes nos processos da atenção à saúde e à saúde mental.

### **3.2 Particularidades no atendimento à saúde mental no Hospital Geral Ivan Goulart do município de São Borja**

Pelos mesmos ensejos das instituições hospitalares do resto do país, a Fundação Ivan Goulart- Hospital Ivan Goulart, do município de São Borja-RS, vem atender a constituição Federal de 1988, no capítulo II art. 6º, a qual expressa que são “direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1988), atrelada à lei 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL,2001).

A população usuária da instituição é, na grande maioria, pessoas com baixa renda em situação de vulnerabilidade, e a maior parte dos leitos ocupados é SUS. São pessoas em precárias condições de moradia, alimentação, desemprego, ou seja, situações determinantes no conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

O desenvolvimento da política de saúde mental dentro da instituição se desmistifica e recebe maior parte dos atendimentos na área da dependência química, no entanto considera-se que a pessoa desenvolve comorbidades como esquizofrenia, depressão, bipolaridade, etc. O enfrentamento a essa demanda possui um atendimento por toda a equipe multidisciplinar que conta com médicos, psiquiatra, assistentes sociais, psicólogo, enfermeiros, técnicos e voluntários. Entretanto, há um condicionamento para desenvolver esse trabalho, pois o dependente deve ser submetido a ordens do médico, caracterizado como responsável pela saúde mental dos usuários da instituição, “é necessário desospitalizar a loucura e desinstitucionalizar a hegemonia médico-psiquiátrica” (BISNETO, 2007, p.181).

A equipe multidisciplinar organiza-se, juntamente com uma tutela, para com o profissional denominado responsável, e esses profissionais recebem capacitação no que se refere à área da psiquiatria, para aprender a diligenciar com algumas situações que emergem no processo de tratamento à dependência química, mas que surgiam no cotidiano profissional “[...] o saber psiquiátrico tradicional encontra respaldo em interesses econômicos da atual sociedade de mercado e reforça estruturas de poder e saber, também ligadas à sociedade capitalista” (BISNETO, 2007, p.146-147).

As capacitações têm enfoque educativo e são dirigidas pelo médico responsável pela saúde mental, na instituição. No entanto, o que se mostra na divisão social e técnica do trabalho é um espólio histórico que muitos trabalhadores da saúde enfrentam. Trata-se de um espaço de poder e submissão da hegemonia dominante, em outras palavras, o resultado é “um profissional mistificado e que reproduz mistificações, dotado de uma frágil identidade com a profissão” (IAMAMOTO, 2007, p. 169). Ocorre uma prostração de autenticidades profissionais, quando não há um posicionamento, este, por muitas vezes, encontra-se alicerçado por condições de trabalho e alienação, que acabam sucumbindo o seu fazer profissional.

Do mesmo modo em que a reforma psiquiátrica trouxe uma ampla reorganização dos serviços de saúde, abriu espaço para que novos profissionais intervenham em demandas da saúde mental, que esta para além da psiquiatria sendo assim

Na linha da desinstitucionalização, as instituições psiquiátricas precisam ser analisadas coletivamente (essa é a proposta: as instituições devem ser colocadas em xeque), urgem ser postas em autocrítica e autoavaliação. [...] Do mesmo modo, pela Reforma, a psiquiatria deve abrir espaço para outros saberes e poderes (embora, contraditoriamente, a psiquiatria não queira perder seu status social, seu privilégio institucional e sua superioridade hierárquica nas organizações). (BISNETO, 2007, p.31).

A reciprocidade de saberes da equipe que atua na atenção à saúde e, incluindo o próprio usuário, a participação dele se faz necessária para a efetivação do seu direito, e exercício de seu protagonismo no processo de enfrentamento aos estigmas (GOFFMAN, 2008) impregnados na sociedade capitalista. A permuta transferência de conhecimentos é algo, que contribui para a efetivação e qualidade da intervenção com a pessoa com transtornos mentais. Reuniões realizadas pela equipe voltadas a cada profissional expor e seu trabalho são algo que fornecem subsídios para a construção de estratégias à prática profissional.

O Hospital Ivan Goulart ainda conta uma rede de apoio ao atendimento à dependência química e à política de saúde mental no município de São Borja. Para atender essa demanda, no geral, está juntamente com o trabalho do Hospital Ivan Goulart, o trabalho desenvolvido pelo CAPS I<sup>3</sup>, CAPS AD, Comunidades terapêuticas, Fazendas terapêuticas que fornecessem um atendimento psicossocial “os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de operadores de diversas categorias profissionais” (AMARANTE, 2011, p.85).

O trabalho em rede desenvolve-se em si por meio de contatos entre as instituições, isso não significa que tais instituições atendam pela mesma linha de tratamento, ou que uma contemple o tratamento à outra, é como se atuassem de forma individual. Levanta-se, a partir das falas de alguns usuários, a fragilidade da rede, uma vez que há relatos da preferência de um ou outro local devido às formas de tratamento. Uma estratégia a tal fragilidade poderia ser encontros dessas instituições, para estudar o trabalho que vem sendo desenvolvido por elas.

Outro enfoque a ser analisado, que influencia diretamente na efetivação das políticas de saúde e saúde mental na instituição, é o fato de ser o único Hospital em funcionamento no município e, embora perfazendo um

---

<sup>3</sup> CAPS I – Para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. (AMARANTE, 2007).

total de 128 leitos, percentualmente distribuídos em 68% SUS e 32% convênios, possui apenas 11 leitos dentro da Ala Recomeçar. Os leitos da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart estão voltados a usuários portadores de transtorno mental do sexo masculino, não há leitos femininos, quando há uma demanda feminina, que é algo que vem crescendo em termos estatísticos no país (OMS), a vaga é solicitada via judicialmente ao município para atender via internação em leitos pagos com recursos público.

No âmbito das localidades de saúde no município de São Borja, encontra-se a particularidade de disputas de verbas entre a instituição hospitalar (privado) e a secretária de saúde (público), que se dá em razão de disputas particulares e políticas. Tal realidade local reflete de forma acentuada um campo de jogos de poderes, em que os usuários da instituição que acessam ao SUS são os mais prejudicados, pois deixam de ter suas demandas de saúde atendidas pela falta de convenção das partes dirigentes da política de saúde do município.

O que se apresenta com a existência de 11 leitos para tratamento à dependência química, é que essa quantia está abaixo da demanda apresentada no município. Existe um projeto que está sendo elaborado na instituição, o qual visa à ampliação de leitos para tratamento da dependência química. No entanto, juntamente com outras instituições, enfrenta o desafio da falta de investimentos nessa área. A falta de investimentos na área da saúde não é algo inédito no campo das políticas de saúde e saúde mental, segundo dados da OMS (2012), calcula-se uma redução maior de 48 % para o ano de 2013. O governo tem buscado alternativas no combate à dependência química via repressão, reduzindo os investimentos no campo da saúde mental; portanto, os recursos além de ser insuficientes, não alcançam os seus objetivos.

A realidade da dependência química na instituição hospitalar Ivan Goulart, para além de estar localizada em um município de população de médio porte, encontra-se em área de fronteiras com países como Argentina, Paraguai, Uruguai, o que reflete em uma grande demanda, tanto para o serviço social quanto para outras áreas atuantes no cotidiano hospitalar. Portanto, uma insuficiência de recursos juntamente com a insuficiência de profissionais agrava ainda mais a efetividade do tratamento a dependência química.

Os profissionais que estão inseridos na instituição têm suas posições e ações classificadas de acordo com a ordem burguesa, uma vez que as ações de cada profissional esta submetida a uma posição que esta acima da sua. Sendo assim o trabalho de profissionais como o do serviço social, que parte de uma visão dialético crítico, (BISNETO, 2007, p.153) “fica dividida pela ambiguidade de atender o objeto institucional [...] ou atender a objetos institucionais”. Considerando o Assistente Social inserido na divisão social e técnica do trabalho, o mesmo necessita deste trabalho para sua sobrevivência, estando sujeito às precarizações do mundo do trabalho, perdendo o seu aporte teórico que “atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do assistente social afetando as suas condições e as relações em que se realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária dos serviços sociais” (IAMAMOTO, 2004, p.7).

Tal perda de apropriação teórica nos remete a pensar a profissão “como parte das transformações históricas da sociedade presente, é necessário transpor o universo estritamente profissional, isto é, romper com uma *visão endógena da profissão, prisioneira em seus muros internos*” (IAMAMOTO, 2004, p.7). A desapropriação teórica decorre em uma concepção equivocada do que se entende por social, contrariando os princípios construídos do projeto profissional, que afirma a necessidade de o profissional ter a precedência de análises social, a partir de análises institucionais, em que se situam, muitas vezes, demandas imediatas (BISNETO, 2007).

Os profissionais da área da saúde mental, neste inclui se o Serviço Social, estão sujeitados à perda de discernimento do que é *social*. Recebem uma autonomia que acaba por expor pessoas com transtornos mentais a situações que denigrem sua identidade e violam seus direitos, ao dirigir ações que não fazem parte do tratamento. Tal prática interfere no estímulo ao tratamento. Esses registros materializaram-se a partir de atendimentos e falas de usuários e familiares.

De acordo com a instituição, visa ser reconhecida como centro de referência em baixa e média complexidade em saúde na região. Porém, observa-se, por meio das falas dos usuários, que a Instituição não atinge por completo o que se propõe, deixando lacunas nos serviços prestados, no

momento em que não contempla plenamente as necessidades da população usuária.

O que se observa é que o hospital geral reflete a característica da “necessidade de saúde da população versus a necessidade de lucros da empresa” (BEZERRA JÚNIOR, 2007, p.134), pois os serviços de saúde pública, ali prestados, no geral atuam de acordo com o modelo hegemônico atual, situado muitas vezes em jogos de disputa e interesses políticos do município, este, por sua vez, em sintonia com os objetivos institucionais. Há, no macro da estrutura social, da divisão técnica e social do trabalho, e nas políticas de saúde, uma mercantilização materializada em espaço de disputa e poder.

Dessa forma, a Instituição reproduz as relações dominantes da sociedade capitalista, baseada na disputa e na competição. Os profissionais que estão neste espaço sócio-ocupacional, embora subordinados às políticas administrativas e à hegemonia de alguns profissionais, no compromisso com a ética e o projeto profissional, devem buscar garantir aos sujeitos os direitos as políticas públicas de saúde e o cumprimento dos princípios de reforma psiquiátrica afirmados na Constituição Federal de 1988.

As redes de atenção psicossocial compostas por instituições, ainda segundo Bisneto (2007), apontam como melhor estratégia para amenizar os processos de exclusão social de pessoas com transtornos mentais. Entretanto, o tratamento nos hospitais gerais, durante o processo de institucionalização, produz o isolamento social e um distanciamento da comunidade para com conhecimento da doença mental, originando em diversas formas de exclusão e preconceito, contradizendo os princípios que compõe a Portaria 3.088/2011 que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011). O capital utilizou-se da dependência química como um mecanismo que mascara o sucateamento das políticas de saúde e saúde mental, enfraquecendo e alienando as forças sociais (BISNETO, 2007).

Diante disso, assim como os atores sociais dos movimentos da reforma psiquiátrica, a participação e o protagonismo dos dependentes químicos fazem-se necessários no processo de enfrentamento ao preconceito à dependência

química, considerando que, “O protagonismo consiste em [...] organizar-se politicamente para ir além da cidadania individual, atingindo o patamar coletivo” (PERES, 2009 p.84 apud DEMO, 2003, p.39).

A busca pela participação dos usuários dependentes deve ser dirigida e acompanhada pela equipe que conta com assistentes sociais, e que fazem parte do tratamento desse usuário. Devem ser profissionais capacitados e comprometidos eticamente na defesa dos direitos dos usuários, respeitando as singularidades de cada um.

A defesa da universalização e ampliação de direitos sociais deve ser perseguida no trabalho cotidiano, sem a adoção de visões messiânicas, mas na articulação com os movimentos sociais e na defesa do protagonismo dos usuários em todos os espaços de gestão e controle social democrático. (CFESS, 2009, online).

Atualmente, no Hospital Ivan Goulart, o campo da saúde revela diversos desafios e demandas para o serviço social na instituição hospitalar. No próximo item, será trazida a demanda da dependência química na área da saúde mental, que se apresentou nesta realidade local como crescente demanda de intervenção do Serviço Social e se agrava como demanda mundial, sendo foco de debates no campo das políticas de saúde mental.

### **3.3 A intervenção do Serviço Social na dependência química no Hospital Ivan Goulart**

A inserção do profissional de serviço social na saúde e, em específico, na saúde mental, apresenta-se como um campo de contradições, no sentido que tem nele um espaço de correlações de forças dominantes, a luta pela afirmação da identidade profissional, frente à luta pela afirmação dos direitos e princípios da reforma psiquiátrica (BISNETO, 2007; IAMAMOTO, 2007). Havia um reconhecimento da necessidade de profissionais que atendessem a novas demandas reconhecidas e desveladas nos movimentos de reforma da saúde mental.

[...] é a partir de 1973 – quando o MPAS [sic] <sup>4</sup> enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa tentativa de melhorá-la - que se abriu um maior espaço para o serviço social nas instituições psiquiátricas. (BISNETO, 2007, p.23-24).

A inserção dos assistentes sociais na década de 70 nas instituições psiquiátricas era muito mais para “cumprir a regulamentação dos Ministérios, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas” (BISNETO, 2007, p.24). Os INPS<sup>5</sup>, juntamente com o governo instituíram maior número de contratações de assistentes sociais, mas mantiveram as mesmas precárias condições trabalhistas. O assistente social inseriu-se neste espaço para “viabilizar o sistema manicomial no seu ponto mais problemático” (BISNETO, 2007, p.25), assumindo funções de mero executor nas políticas de saúde mental.

No entanto, é importante que se reconheça que a inserção de novos profissionais, para tratar de novas demandas sociais reconhecidas, no tratamento à pessoa com transtornos mentais, contribuiu na construção de debates a respeito de melhorias nas condições de tratamento e defesa pelo direito à saúde. Tencionavam-se, neste período, por meio dos movimentos sociais pós-ditadura, estes classificados por Carvalho (1995, p.95), como “portador coletivo e obstinado da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde, como elemento estratégico do processo de reforma da saúde”.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva [...] (BRAVO, 2006, p.96).

O papel do serviço social dentro desta realidade local, na área da saúde e saúde mental desenvolve-se no âmbito das possibilidades de espaços que se apresentam no cotidiano profissional “as estratégias [...] surgem,

---

<sup>4</sup> Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974.

<sup>5</sup> Instituto Nacional da Previdência Social criado em 1966, e atualmente conhecido como INSS.

justamente, das contradições, redes e mediações” (FALEIROS, 2011). O Serviço Social foi implantado na Instituição em novembro de 2004, pela Assistente Social Marlei Aparecida Maffra, e vem com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários da Instituição e seus familiares.

A dependência química tem sido demanda para o serviço social que abriga diversas expressões da questão social, desveladas a partir da intervenção crítica analítica do serviço social. Tais expressões apresentam, através de fatores como vulnerabilidade econômica, dificuldades de acesso e desconhecimento de direitos, fragilização social, abandono, fragilização ou rompimento de vínculos familiares, demandas essas que dão visibilidade as expressões da Questão Social que decorrem no uso de substâncias químicas.

O tratamento a essa demanda mundial, que hoje atinge todas as classes sociais, é em âmbito hospitalar, tratada, no geral, pela doença em si, sendo a fase de desintoxicação o objetivo central do tratamento hospitalar, mas encontra um serviço fragilizado de atenção social (DIAS, 2001). Esse processo ocorre devido às inúmeras demandas que vêm ao serviço social, ao número de assistentes sociais da instituição, mas principalmente pela falta de maiores investimentos por parte do Estado e da ciência, nessa área, é que se agrava a cada dia.

[...] os governos dão atenção superficial ao campo da prevenção e do tratamento da dependência química das drogas, mas a Ciência também é omissa em relação a ela. Há cientistas, financiados pelas indústrias farmacêuticas, gastando o melhor tempo de suas vidas em ricos institutos de pesquisa para descobrir as causas fisiológicas e tratamento de determinadas doenças [...] tais pesquisas resultarão em medicamentos que trarão enormes retornos financeiros [...] como a dependência não traz retorno financeiro, ela é uma área abandonada [...]. (CURY, 2000, p.74).

As assistentes sociais, juntamente com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, médico clínico, assistente social, psicólogo, enfermeiras e técnicos de enfermagem, desenvolveram um projeto para atender pacientes com síndrome de dependência química, que foi denominado *PROJETO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR NO HOSPITAL IVAN GOULART – SÃO BORJA*. Esse projeto, no seu ponto 4.3, delinea a garantia dos direitos de familiares e usuários com o texto que segue:

Conforme a Lei 10216/01 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental busca tornar a assistência psiquiátrica hospitalocêntrica, enfatizando um atendimento comunitário. A equipe busca definir estratégias terapêuticas, onde a família é fundamental, sendo um alicerce para o usuário no tratamento de dependência química. Com o grupo de familiares busca-se um acolhimento, uma escuta onde os codependentes precisam de orientação, assistência, apoio, facilitando para identificar as necessidades de cada um (HOSPITAL IVAN GOULART, 2010).

O assistente social, como parte da equipe multidisciplinar no atendimento à saúde, e no projeto da Ala Recomeçar, busca, na intervenção juntamente com os dependentes químicos, a garantia de acesso a direitos e assistência para os usuários, por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada. Tendo os objetivos da prática profissional a partir das dimensões ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo. Para, além disso, intervém como mediador entre a instituição, colaboradores e usuários, visando ao acesso a direitos, por meio de uma prática consciente e crítica elencada nos princípios do código de ética da profissão.

Sendo assim, o trabalho do Serviço social da instituição na dependência química dá-se diretamente com os usuários e a família, durante a internação e na pós-alta. O trabalho e acolhimento desenvolvido por este profissional faz toda diferença para o usuário e a família que se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade, considerando para a equipe multidisciplinar que a família adoece junto com o dependente.

As famílias, para a equipe do projeto Ala Recomeçar, são consideradas o meio desse indivíduo, e elas participam dos grupos terapêuticos que fazem parte do tratamento de desintoxicação, na intencionalidade de compreender fatores da doença que contribui ou não para a reabilitação do dependente químico, sendo também, a participação nos grupos, uma forma condicionada a ter somente, dessa maneira, a concessão para poder visitar seu familiar uma vez ao mês.

As famílias, ao longo da história foram culpabilizadas pelo desenvolvimento e formação *biopsicossocial* de seus membros. Neste sentido, se algum membro desenvolvia algum “problema” os pais, e neste contexto mais precisamente a mãe que era responsável por cuidar da casa e dos filhos, era a culpada pelo “desajustamento” deste membro (VASCONCELOS, 2006).

Entendendo que a família adoece junto com seu membro dependente químico, esse grupo possui influência para seu fortalecimento e de seu familiar, quando participa do processo de recuperação e tratamento dele. No entanto, também vivenciam um processo de algo que não estão dispostos a lidar.

Os familiares tendem a reconhecer, sim, sua importância no tratamento, contudo apontam para a necessidade do reconhecimento dos seus limites no processo de cuidar de suas tensões advindas da presença de um ente portador de transtorno mental na família (VASCONCELOS, 2006, p.238).

Desse modo, a instituição família tem a sua configuração determinada ou ligada a sociedade em que está inserida, e não se encontra, muitas vezes, preparada para enfrentar algo tão agravante como a dependência química, o que não é surpresa, uma vez que é considerada pelo OMS como um problema agudo de saúde, surpreendendo muitos profissionais despreparados.

Sendo assim, o tratamento da dependência química deve considerar aspectos sociais da vida do dependente químico, que se relaciona para além do seu meio familiar, pois “torna-se necessário conhecer a relação entre sociedade capitalista e contemporânea e Saúde Mental [...]” (BISNETO, 2007, p.182). No geral, as equipes que atendem o tratamento de dependência química, em um hospital, contam com profissionais da área da Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social dentre outros profissionais inseridos na forma de colaboradores ou voluntários.

O Estado deve estimular garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas. (BRASIL, 2010, online)

A dependência química é grave, na sociedade atual, globalizada, em que a mídia entra diariamente em seu lar ditando regras comportamentais, pois não são todas as pessoas que têm discernimento para saber o que é certo e o que é errado. No mundo da exploração capitalista, onde o que vale é o “TER” e não o “SER”, onde diariamente pessoas são exploradas, e que muitas vezes não têm uma constituição familiar que os ampare, é fácil sucumbir num mundo

de sonhos propostos pelas drogas, e depois sofrer o inferno da dependência química (DIAS, 2001).

É de suma importância para o Serviço Social discutir sobre a dependência química. Nos últimos tempos, foram diversas as tentativas científicas para um melhor entendimento da dependência química sobre o metabolismo e os aspectos sociológicos. Como cita Bravo, (2006, p.89) “surtem novas substâncias de abusos e novas formas de consumo adotando características próprias, requerendo modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas”.

Na intervenção na dependência química, o que se percebe é que a ela se constitui como uma demanda isolada e, no âmbito das possibilidades e limites da intervenção profissional, deve-se contribuir para que os usuários, já em extrema fragilidade, e amparado por uma política econômica-cultural e social excludente, possam ser fortalecidos para construção de seus espaços de exercício de autonomia e decisão. Os usuários em condições da dependência química são atendidos, no geral, pela doença, tendo um serviço fragilizado de atenção social devido à finalidade do tratamento e inúmeras demandas da instituição para poucos profissionais.

A melhoria da qualidade de vida dos sujeitos não é um processo ou exercício de soluções de problemas, mas a prevenção deles. Compete, assim, ao profissional assistente social, junto com a equipe multidisciplinar, estabelecer junto aos usuários e famílias, estratégias de enfrentamento visando à construção da autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar a sua realidade.

Frente à atual problemática que se apresenta na atenção à dependência química dentro da política de saúde mental, o próximo item irá apontar alguns desafios encontrados no trabalho do Assistente Social dentro da política de saúde mental, na instituição Hospital Ivan Goulart, articulando com as expressões da questão social que se desvelaram nesse espaço. O assistente social na Fundação Ivan Goulart- hospital Ivan Goulart, como parte da equipe multidisciplinar da instituição hospitalar, que está embasado teoricamente para uma leitura da realidade, que proporciona à construção de estratégias de novas formas de enfrentamento “as novas bases de produção da questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto cotidiano do

assistente social” (IAMAMOTO, 2007, p.29).

### **3.4 Os desafios do Assistente Social no campo da saúde e saúde mental e a relação com a questão social no Hospital Ivan Goulart**

As demandas apresentadas ao Serviço Social da Instituição vêm por meio da fragilização social, abandono, necessidade de transferência entre unidades hospitalares – quando a instituição não dispõe de certos procedimentos médicos - fragilização ou rompimento de vínculos familiares, demandas estas que dão visibilidade as expressões da Questão Social. Tais expressões se apresentam através de situações de vulnerabilidade econômica e social, dificuldades de acessar direitos, desconhecimento de direitos. Dessa forma, os sujeitos ficam à margem de um serviço que garanta um atendimento de saúde com qualidade.

Devido ao excesso de demandas da instituição e sua prática, estando de acordo com a Política Institucional, o serviço social encontra na sua prática limites nas suas ações. Esse condicionamento tem relação com

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, revela desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais [...] conscientes de suas referências ético-políticas a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a construção permanente do movimento da realidade [...] gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática (MOTA, 2006, p. 253-254).

A não afirmação do perfil profissional crítico e criativo transpassa aos usuários uma imagem contraditória e, ao profissional, a ausência de aporte teórico e de uma identidade profissional, que afirma, segundo Mota (2006) “seres humanos interessados em “AJUDAR”, ao se limitarem a ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo”, contribuem na reprodução da organização social dominante.

Foi possível perceber, assim como os demais membros da equipe atuante no projeto Ala Recomeçar, a submissão à hegemonia da medicina. Através das falas e observação da prática desenvolvida pela profissional

supervisora de campo, na condição de trabalhador a serviço do poder dominante, isto é, da instituição, entende-se a falta de uma identidade profissional naquele espaço sócio-ocupacional. Essa percepção deu-se por meio de experiências vivenciadas durante o estágio, pois, ao ser questionada sobre como se conceituava o fazer profissional do serviço social dentro da instituição, a assistente social configurou sua prática como resolver problemas, uma vez que atende demandas que não são da sua competência e atribuições, mas que interferem no acesso à direitos dos usuários.

O profissional de Serviço Social, dentro da instituição hospitalar, realiza funções de alguns profissionais classificados como superiores, são dados como exemplo contatos com profissionais de outra área de intervenção, na busca pela garantia de acesso a alguns serviços referidos a tratamentos médico, e tem, nesse processo, a intencionalidade a garantia de acesso ao direito buscado pelo usuário. Por outro lado, embora em tais ações tenha finalidade na garantia do acesso aos direitos sociais, essa prática problematizada caracteriza-se na contradição do projeto ético político profissional, e mais que é um retrocesso que repercute na afirmação da identidade dessa profissional e de toda categoria diante da instituição, de outros profissionais e dos usuários.

A realização do trabalho do assistente social, atrelada à prática de outros profissionais como o médico, incide em demandas que não competem ao profissional assistente social, e reforça ainda um retrocesso à imagem que nasceu com o serviço social na América Latina, onde “o assistente social deveria ser um subtécnico incumbido de colaborar diretamente com o médico” (CASTRO, 2007, p.74). Assim como no passado do serviço social, a trajetória da submissão a outras profissões procede na fragilização da identidade profissional.

Entende-se que, assim como os usuários encontram-se numa dinâmica de correlações de forças para poder ter acesso ao que lhe é de direito, os profissionais também enfrentam dificuldades como garantir o acesso aos direitos de seus usuários, tendo, ao mesmo tempo, que assegurar o seu espaço sócio-ocupacional como trabalhador. É, nesse sentido, que afirma Yamamoto:

Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o Assistente Social não detém todos os meios necessários para efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo. Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado [...], portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira (2007, p.63).

As possibilidades para o profissional assistente social tornam-se limitadas, uma vez que a prática profissional está sujeita às normas e políticas da Instituição em que está inserido esse profissional. Portanto, esse processo acaba por afirmar o quanto o profissional, comoo trabalhador, está submetido à precarização do mundo do trabalho, sendo ele próprio uma expressão da Questão Social, no antagonismo da relação entre capital e trabalho. (IAMAMOTO, 2007).

Sendo assim, os Assistentes Sociais da instituição hospitalar, por algumas vezes, sofrem com falta de reconhecimento de seu trabalho e falta de recursos que contemplem as demandas dos usuários, veem-se na necessidade de realizar e atender uma demanda que não lhe compete, mas que vai garantir o direito buscado pelo usuário. Compreende-se esse processo como um movimento de resistência por parte da profissional Assistente Social, em contraponto com a fragilização dos recursos das políticas de saúde e saúde mental, do atendimento e normas da instituição.

Esta forma de organização individual e coletiva de Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento de unidades de saúde - às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários - resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2007, p.246).

A intervenção do Assistente Social no campo da saúde pública demanda de uma análise crítica dos seus processos de trabalho, no espaço onde se encontram alicerçadas suas condições como trabalhador e a materialização do seu objeto de trabalho, que é a questão social, apreendida como “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista

madura” (IAMAMOTO, 2007, p.27), mas que também envolve uma dimensão da vida social que abriga e desperta a subjetividade dos sujeitos.

O profissional deve buscar para realização da sua prática o norteamento e a articulação com as dimensões da formação profissional que afirmam uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que irão possibilitar ao profissional leitura crítica dessa realidade. Com vistas à transformação, clareza do significado social da profissão e, conseqüentemente, revelando novas possibilidades de enfrentamento das expressões da questão social e da “mudança recorrente das orientações privatistas da esfera estatal, casadas as novas formas de gestão e controle da força de trabalho” (IAMAMOTO, 2007, p.183).

A intervenção do Assistente Social no campo da saúde requer uma análise muito mais ampla da realidade social dos usuários que apresentam o processo saúde/doença (BRAVO, 2007). Nas demandas apresentadas ao Serviço Social da Instituição, quando é realizado um diagnóstico social, é possível dar visibilidade a inúmeras expressões da questão social que influenciam na saúde dos usuários. São esses sujeitos, desprovidos social e economicamente, além de desconhecimento a respeito de seus direitos.

O debate da prática profissional de acordo com Iamamoto (2007) pauta-se nos desafios que toda a categoria enfrenta em todos os espaços de trabalho, que ampliam as expressões da questão social juntamente, o sucateamento das políticas públicas. Ora, se por um lado estamos com um crescimento vasto de demanda, por outro temos uma diminuição e deteriorização nas políticas públicas. Se não há uma prática reflexiva e pautada nos princípios do projeto profissional, o assistente social acaba realizando ações pragmáticas regida de assistencialismo, seletividade marcada pelo discurso de “mero compromisso com a população” (IAMAMOTO, 2007, p.161).

Tais práticas profissionais retratam a identidade profissional que, em contraponto a isso, enfrenta os desafios de suas condições como trabalhador, explicitando o debate que gira em torno deste profissional e seu objeto de trabalho (IAMAMOTO, 2007). Na atual conjuntura, exige-se um profissional que esteja em compromisso com seu projeto profissional e que suporte as mudanças geradas pelo capital, requer no seu perfil “um profissional informado,

crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais” (IAMAMOTO, 2007, p.144).

#### **4. ENFRENTANDO O PRECONCEITO: O PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DEPENDENTES QUÍMICOS EM ATENDIMENTO NO HOSPITAL IVAN GOULART DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

“Desde o final dos anos 70, a sociedade brasileira vive o despertar de novas formas de organização social, destacando-se o surgimento de um novo movimento sindical e de movimentos sociais em diferentes áreas” (GONZALEZ, 2007, p. 146). A participação da sociedade civil nos processos decisórios que envolvem a política de saúde e saúde mental tem sido, historicamente, o ponto vital nos processos de conquista, e efetivação de direitos. Por meio da análise dos processos de trabalho, denotam uma visibilidade para a compreensão da política de saúde e suas peculiaridades. Os fragmentos da vida dos usuários desvelam novas estratégias e relações para o enfrentamento das expressões da questão social.

A proposta deste capítulo, inicialmente, é problematizar as ações e práticas em saúde mental nas instituições de hospitais gerais, partindo das particularidades locais para uma aproximação analógica com a totalidade, trazendo elementos balizadores que constituíram para com a atual atenção que se dá à política de saúde mental. A partir da análise crítica e propositiva da realidade local do hospital geral Ivan Goulart, do município de São Borja, o segundo item irá discorrer sobre o processo de intervenção que se deu no processo de estágio em serviço social na instituição. Identificou-se a demanda de resgatar a participação dos usuários dependentes químicos, no seu processo saúde doença, com intencionalidade de fortalecimento e emancipação destes usuários enquanto possuidor de direitos que vinham sendo violados, tendo por consequência o enfrentamento ao preconceito e estigmas emitidos à dependência química. Dando destaque, por fim, em uma análise da aproximação teórico-prática que se deu no processo de formação em Serviço Social.

##### **4.1 A problematização do atendimento à dependência química no Hospital Ivan Goulart**

A política de saúde mental, a partir das pressões organizadas dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, dificultou percentual e

provisoriamente, a intervenção e lucro do capital na política de saúde e saúde mental. Para sua defesa, o capital criou mecanismos alienantes, como o uso de substâncias químicas que decorrem e agravam expressões da questão social. Na atenção à saúde no Brasil, há uma conjuntura que predomina no campo das políticas públicas, um retrocesso a antigos moldes, no atendimento à saúde mental, que se desvinculam em novas facetas e velhas mazelas da questão social objeto de trabalho do serviço social. (IAMAMOTO, 2007).

O que se percebe, por meio da análise realizada pelo método dialético em Marx, é que a partir da realidade local do município de São Borja na atenção à saúde mental, é uma dicotomia que transcorre nos princípios da reforma psiquiátrica, frente à atual condição das políticas de saúde mental, e o papel do estado [...] em tempos de estagnação reação burguesa e neoliberalismo, adentramos num ambiente contra-reformistas [...] (BEHRING, 2008, p. 148).

A “crise do estado” representa um movimento global das sociedades atuais, expressa na crise do estado de Bem-Estar, no colapso do socialismo real e no fracasso das tentativas das nações do Terceiro Mundo de superar a subalternização. O que emerge desse quadro de crises é o avanço do neoliberalismo que prega o Estado mínimo, em que políticas sociais públicas são reduzidas ou repassadas para o setor privado. O estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos (BISNETO, 2007, p.41).

A exarticulação dos movimentos sociais da reforma psiquiátrica, o papel do estado e a realização da política de saúde mental, perpassam pela ingerência e relação de alguns elementos, como a institucionalização dos movimentos sociais e de reforma. De acordo com Gohn (2011), os processos de institucionalização permitiram novas formas de organização da sociedade civil, no entanto, a criação de instituições de diversas categorias tende a concentrar mais em lutas e interesses particulares, do que por lutas e direitos coletivos defendidos pelos movimentos de reformas. Ocorreu uma diminuição na participação democrática da sociedade civil nos processos e espaços de decisões políticas. Ainda nesse sentido, o estado mais uma vez repassa seu papel de promover políticas públicas a instituições que antes eram apenas privadas, conta agora com as chamadas terceiro setor “como um elemento de

mediação capaz de solucionar os conflitos históricos” (GONZALEZ, 2007, p.20), entre estado e sociedade, prestando algumas práticas de cunho assistencialista.

A promoção da saúde mental no hospital Ivan Goulart, na área da dependência química, traz o resgate às velhas formas de atenção a saúde mental, que ocorreram nos períodos que antecederam os movimentos de reforma psiquiátrica. Dentro dessa problemática, a ONU afirma (2013), há existência de algumas ações de violação de direitos, a exemplo dos trazidos no Art. 2º da lei 10.216/2001, em que fica explícita a contradição na prática, em âmbito hospitalar que oferece serviços de institucionalização de dependentes químicos. Para o tratamento de desintoxicação dentro dos hospitais gerais, compreende-se um atendimento que não preserva a identidade dos usuários, conserva a defesa pela institucionalização na forma de isolamento social, e focaliza, no geral, a doença.

O atendimento social ocorre de forma fragilizada, pois não há uma reflexão do contexto histórico do dependente químico, devido a inúmeras demandas para o profissional de Serviço Social e em razão de sua condição como trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho. Juntamente, nesse processo, existem as particularidades da profissão como afirmação de identidade, e recursos para a efetivação do seu trabalho na instituição, frente ao seu objeto de trabalho.

Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, forneçam meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis, e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. (IAMAMOTO, 2007, p.63)

A análise social e histórica dos dependentes químicos no hospital geral Ivan Goulart, de maneira geral, baseia-se em pressupostos da vida familiar, para além destes há a insuficiência de fomentar a participação dos próprios dependentes químicos na recuperação de sua saúde e no enfrentamento ao próprio preconceito social, e as causas possíveis que decorrem ao uso de substâncias químicas.

Outra peculiaridade da atenção à política de saúde mental e da dependência química, em âmbito hospitalar, é o rigor da seletividade, devido à ineficiência de recursos comparados ao número de demandas e o crescimento do consumo de substâncias químicas “a comparação entre cifras de consumo e de produção é perturbadora. A produção mundial de droga é muito claramente superior ao consumo” (KOPP, 1998, p.16).

De acordo com documentos da instituição Hospital Ivan Goulart, no ano de 2012, a internação dos usuários dependentes químicos tem sido em maior parte por via judicial, pela chamada internação compulsória de acordo com a Lei 9.716, de 7 de agosto de 1992, define a mesma no seu “Art. 10 A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, [...] sendo o médico o responsável por sua caracterização” (BRASIL,1992). Nessa afirmação, a abstenção dos usuários dependentes químicos no processo de tratamento de desintoxicação e institucionalização em hospital geral, aponta para duas questões, sendo a primeira o diagnóstico que pressupõe a internação seja realizado apenas pelo profissional médico, sendo focado na questão doença. A segunda parte do desconhecimento do usuário dependente químico no processo de internação compulsória, o que aponta a não participação do dependente químico no seu próprio processo saúde e doença.

A internação compulsória, embora sendo afirmada e prevista na lei 10.216 de 2001 no contexto nacional, começou recentemente a ser discutida socialmente, quando passou a ser considerada a dependência química um problema sério de saúde reconhecido atualmente pela OMS. Devido ao consumo explícito e exacerbado concentrado nas grandes cidades, a exemplo da “cracolândia” no estado de São Paulo, já chamado popularmente de depósito de lixo humano.

No momento atual, a internação compulsória, juntamente com os questionamentos a respeito da saúde mental, tem sido alvo de vários embates e discussões políticas, apresentadas pela mídia e telejornais, que trazem no seu âmbito fatores, como a violação de direitos, a repressão, a reeducação, alternativas e tratamentos religiosos. Os discursos para o enfrentamento à dependência química permeiam em suma no âmbito político e defendem mais como uma mudança em favor da ordem do que dos direitos constitucional, uma

vez que a maior preocupação é onde colocar tantos dependentes químicos e que custos teriam tantos tratamentos.

Os chamados centros de tratamento de drogas ou centros de 'reeducação através do trabalho' podem se tornar locais para a prática da tortura e de maus-tratos, além de serem em muitos casos instituições controladas por forças militares ou paramilitares, forças policiais ou de segurança, ou ainda empresas privadas (ONU, 2013).

A violação de direitos nos remete à análise da fala de um usuário interno na Ala Recomeçar do hospital Ivan Goulart, quando coloca a sua situação a respeito de quando é dirigido a trabalhos dentro da instituição para formar uma boa imagem do seu tratamento com o intuito de captar recursos por meio de algum evento promovido pela instituição “-*Esta festa não é nossa! Estou cansado, corremos para dá conta [...], mas tá bonito, né?*” (SIU).

Portanto, buscando pela compreensão da política de saúde universal e saúde mental, a partir da análise e vivência de prática no Hospital Ivan Goulart, e de aportes teóricos do processo de formação, evidenciou-se que a saúde dirigida pela ótica neoliberal, e com a fragilidade da prática da participação social, expõe ainda a contradição do que está posto como lei e do que se efetiva realmente na prática. O que de fato se mostra com aponta Faleiros (2011, p.60) é que “as próprias políticas trazem, embutidas, formas de uma inserção limitada, pobre para os pobres”.

O objetivo, em prol da melhoria da saúde dos brasileiros, emerge na necessidade da implementação de um sistema que busque fora de ações que não compreendam a essência e totalidade das demandas, para ações de longo prazo, que busquem contemplar na totalidade os direitos à saúde mental que não se encontra explícita na constituição de 1988, mas possui leis e parâmetros definidos socialmente que os defendem. É necessário nas ações do estado que se realize uma análise dos processos de funcionamento das políticas de saúde mental articulada, juntamente com a influência dos processos econômicos na vida em sociedade (BISNETO, 2007).

A aproximação de elementos importantes desse processo, como a participação social, e o papel do Serviço Social como mediador entre sujeito, sociedade e direitos, a participação social, como mostra a história é o importante mecanismo e poder do povo na garantia de direitos e democracia.

Ao analisarmos o serviço social no âmbito dos movimentos reformadores na área da saúde, podemos verificar que o profissional levantava questionamentos sobre a profissão que trabalhava com e como os mesmos princípios das políticas públicas, nelas se acentuavam meras práticas executoras e paliativas. Tais questionamentos dentro da profissão de serviço social foram levantados, por inúmeros fatores e transformações que emergiam nesse período, como os tensionamentos sociais e uma nova crise do capitalismo na década de 70.

Os questionamentos embasavam-se no esforço da profissão em avançar a perspectiva da sua prática, sendo que esta não é meramente executiva, burocrática subalterna e paliativa, mas sim desvela a dimensão política. A construção dessa nova proposta supõe todo um processo de discussão e revisão crítica, em nível teórico e metodológico, no sentido de fomentar uma ação articulada com as lutas dos segmentos populares, tendo como perspectiva a transformação social (SILVA, 2007).

Sucessivamente, a mobilização social que se inicia com as reformas na saúde, estagna-se frente à globalização que avança, e o capital acumula gerando múltiplas expressões da Questão Social. Consolidou-se um estado democrático, porém sem dono. A sociedade inserida em um mesmo sistema vive a parte dela mesma. Um estado burocrático foi idealizado e construído na década de 70, porém a sua efetivação ficou mais no papel do que na prática em si, a reforma que acabou sendo dirigida pela lógica de mercado predominou e suprimiu a democracia deixando-a sem estado e sociedade.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil esta tendo êxito em vários segmentos de atuação, mas infelizmente desde os meados dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento publico no setor da Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

Dentro da problematização da atual conjuntura da atenção a saúde mental e, particularmente, a dependência química realizada no hospital geral no município de São Borja, juntamente com o enfoque que se deu a

importância da participação da sociedade dos movimentos de reforma psiquiátrica, na afirmação de direitos, é que o próximo item irá apresentar a trajetória metodológica, bem como os achados que se deram no processo de formação construção de conhecimento em serviço social.

#### **4.2 O protagonismo social como instrumento de enfrentamento ao preconceito social e como estratégia de efetivação da política de saúde mental**

*“Agora eu sou monitor da Ala, tenho que ter mais responsabilidade [...]”* (SIU). A fala desse usuário é o depoimento de um dependente químico interno na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, que nos remete a uma preposição de empoderamento deste usuário, ao ter sido escolhido para ser o monitor daquele espaço. Esse processo de escolha de monitor da Ala Recomeçar realiza-se com bases em bom comportamento e disciplina do usuário na Ala Recomeçar. O empoderamento dos usuários, por meio de uma condicionalidade, juntamente com o estudo de sua historicidade, demonstra a acedência de sua condição de alienação de direitos, já que esse sujeito vive um processo de marca social dado à dependência química.

Os usuários dependentes químicos, em meio a tantas desigualdades e injustiças, resistem e se opõem, de alguma maneira ou modo, para sobreviver em uma sociedade que vive as relações sociais sustentadas por uma base mercadológica, em que o sujeito que não se adequar a ela é excluído, como desabafa outro usuário da ala Recomeçar (SIU) *“- Sociedade? as pessoas nos veem na rua e já acham que vamos roubar, [...] nos criamos a nossa sociedade [...]”*. O usuário desse depoimento é interno, na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, e vive uma trajetória de exclusão de vários fatores devido a sua doença, a dependência química.

O usuário do depoimento acima se encontra na sua primeira internação, pedida pela sua avó, e coloca o hospital como algo que o está privando da sua liberdade *“eu não quero ficar preso aqui”* (SIU). No entanto, para avó deste usuário, o hospital como bem afirma (ROSA, 2011, p.321) *“figura como um lugar de segurança, abrigo, guarda, um lugar que se sabe onde o PTM está [...]”*. A lógica da avó desse usuário se baseia ao isolamento

social do PTM (Portador de Transtorno Mental) e na lógica que culpabiliza a família, e desresponsabiliza a efetividade das políticas públicas e o papel do estado, no atendimento à saúde mental, como explica Rosa (2011) “cada louco tem seu dono”.

Os trechos das falas dos usuários dependentes químicos da instituição, durante o atendimento e intervenção do serviço social, expressam a visibilidade de algumas expressões da questão social, associada à fragilidade de recursos, e a contradição dos direitos e políticas públicas, que não correspondem aos princípios que a formulam e não viabilizam as demandas que as emergem.

A luta contra a droga não é uma simples cruzada erguida em nome da moral mas, igualmente, uma tentativa de influenciar, por meio de políticas públicas, o preço, a disponibilidade e o consumo de uma mercadoria especial: a droga. [...] Um bom conhecimento prévio do comportamento dos consumidores e das formas de organização dos traficantes é indispensável ao ajuste de políticas públicas eficazes (KOPP, 1998, p. 11).

Os usuários dependentes químicos vivenciam uma realidade em que se encontram despreparados para o mundo do trabalho não estando de acordo com o perfil que o mercado exige a realidade lhes mostra que as relações sociais são sustentadas por uma base mercadológica, onde o sujeito que não se adequar a ela, é excluído.

Essa trajetória histórica de exclusão, a partir de Borba (2011), é analisada como um vasto conjunto de privações, que vão desde questões econômicas, culturais e a questões sociais, bem como, conseqüentemente, a violação de direitos. No entanto, (MARTINS, 2003), explica que a exclusão possuindo um caráter multidimensional, não explica a realidade, tão pouco possui um caráter de segregação que se aplica apenas a determinado grupo, e se restringe a um agrupamento de limitações. Trata-se, portanto de “que os problemas estão na *inclusão* (ou re-inclusão) e que, portanto, não há o que se poderia chamar de *exclusão em si*” (MARTINS, 2003, p.26). As ações do estado que buscam a inclusão social por meio de políticas públicas fundamentadas em um discurso político incipiente, embasado em situações de ajustamento econômico, social e político.

Ainda, Martins (2003) aponta que a exclusão considera-se em uma inclusão *precária e instável*, em que se situam políticas fragmentadas de cunho

neoliberal e *inclusão marginal*, que afirma com que os usuários de políticas públicas busquem estratégias de resistências para enfrentamento dos processos de desigualdade promovido pelas transformações econômicas. Os processos de exclusão que abordam uma gama de privações, inclusive de condições de participação política, que recai ao grupo dos dependentes químicos, fundamentam-se a partir de expressões da questão social como desencadeador de um próprio movimento de resistência do dependente químico que incide sob o uso de substâncias químicas. A trajetória dos dependentes químicos desencadeia em inúmeras expressões da questão social como explica Vasconcelos (2006, p.74):

As trajetórias não são processos mágicos, mas uma construção e uma desconstrução de poderes numa dinâmica relacional em que se entrecruzam de forma interdependente [...] Esta trajetória não é, pois linear, mas um processo de mudanças de relações. Esse processo de mudança de relações implica rupturas que se manifestam em desavenças, revoltas, resistências, deslocamentos e continuidades que se manifestam como acomodações, integrações, tradições, repetições [...] As rupturas e continuidades se vinculam a processos globais, independentes da vontade dos sujeitos isolados, mas que se articula em forças dominantes e dominadas em relação. Os dominantes *podem* construir suas trajetórias de forma mais autônoma, pois detêm a hegemonia, [...] enquanto os dominados se vêm atomizados, fragmentados e fragilizados pelas pressões de todos os tipos em suas decisões.

Os usuários dependentes químicos, quando buscam ajuda ou quando têm a intervenção de alguém próximo a si, na tentativa de resgatá-lo do mundo das drogas (MOTA, 2009), encontram-se no geral em situações limites da sua vida cotidiana que difunde no uso de substâncias químicas, ocasionando em perdas afetivas, sociais e econômicas.

O enfrentamento à dependência química é feito de forma centrada no usuário dependente químico, e nos fatores que o levaram à internação passam imprevidentemente. É como se ele tivesse de deixar do lado de fora da instituição a sua vida, para a realização do seu tratamento. Enfatiza-se, nesse processo de institucionalização, que o usuário siga em frente e se despeça de sua historicidade. Nesse mesmo processo, o dependente químico volta à realidade fora dos processos alienantes da droga, que traz à tona a sensação e todos os seus problemas como a falta de emprego, o abandono da família, preocupações em como sustentar a casa dentre outras demandas presentes

no seu cotidiano, e “certamente as condições degradantes do ambiente do hospital desmentem muitas histórias sobre o eu, apresentadas pelos pacientes [...]” (GOFFMAN, 2010, p.131), para que a instituição possa realizar e apresentar seus trabalhos como efetivos, sem que haja nenhuma inconveniência.

A necessidade de que esses usuários dependentes químicos sejam fortalecidos para o enfrentamento a dependência química e causas que o levam ao uso de substâncias químicas apontam o viés da participação deles no seu processo saúde doença, pautado em políticas públicas que funcionem e que viabilizem a sua demanda e a garantia de seus direitos.

Os dependentes químicos que se encontram em extrema fragilidade decorrente de suas condições de vida, não conseguem exercer o seu protagonismo nos processos que envolvem a “dinâmica das relações entre governos e cidadãos” (PEREIRA, 2009, p.88), que decorrem na construção política e efetivação de direitos. Estando à margem dos processos de construção coletiva, os dependentes químicos são atendidos por políticas sociais sucateadas, o que não significa que sua não participação ativa, nesses processos, desclassifique-o como um ser não político uma vez que “a política não é inerente à natureza dos homens, mas resulta do imperativo de convivência entre eles [...]” (PEREIRA, 2009, p.89).

Compreende-se que a não participação e controle social da sociedade nas ações do estado influi em um processo de coerção do exercício político, por parte do estado e acima deste o capital, descaracterizando ao seu significado de instrumento de consenso entre relações entre sociedade e estado. Os movimentos de reforma que aconteceram na área da saúde apontam para força de movimentos sociais organizados na luta pela afirmação de direitos, e realização ativa do protagonismo social, que dão bases a um processo democrático.

[...] reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde [...] reconhecimento do direito à saúde [...] acesso universal e igualitário ao SUS e participação social; b) democratização do Estado e seus aparelhos, [...] assegurando a descentralização e o controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e

distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p.74).

Foi nessa problematização que se constituiu a proposta do projeto de intervenção, em que se buscou, na prática do processo de formação, a materialização do projeto de intervenção intitulado como “*O protagonismo dos usuários dependentes químicos no processo de enfrentamento ao preconceito*”.

Portanto, o Resgate do protagonismo dos adictos internos na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, após a análise realizada pelas categorias historicidade, contradição, negação e totalidade do método dialético, “com seu caráter ontológico, sua radicalidade histórico crítica e seus procedimentos categorial-articuladores” (NETTO, 2007, p. 37), possibilitam a compreensão da realidade em que se insere a política de saúde mental, articulada às formas de preconceito e formas exclusão encontradas, foram o enfoque do processo de intervenção do serviço social.

Almejou-se, por meio da prática de intervenção, a realização de grupos operativos com os usuários internos na Ala Recomeçar, buscando fomentar a autonomia e emancipação dos sujeitos que tinham como reflexos da questão social a exclusão social condicionante para permanência de sua vulnerabilidade econômica e social.

Uma das contribuições que o Serviço Social pode dar como coordenador de grupos é fazer a análise das determinações econômica, política e ideológico, isto é, dos interesses materiais dos grupos, articulados com as suas relações de poder e as representações da realidade social presentes no grupo e seus integrantes (BISNETO, 2007, p.197).

Por meio da intervenção, buscou-se estimular a participação dos adictos, no processo de enfrentamento ao preconceito social, a fim de gerar a inclusão social, produzir o esclarecimento sobre a doença e contribuir no tratamento a dependência química. O resgate identidade social dos usuários foi enfatizado no fortalecimento desses sujeitos, por meio da sua interação no projeto, pois “a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político” (TORRE, 2001, p.84), afirmando o como cidadão

e sujeitos de direitos, com representação social, esclarecidos e amparados por leis que atendam a sua saúde.

Ainda, nesse sentido, tinha-se como objetivo expandir os materiais produzidos nos grupos considerando este a contribuição e a participação dos usuários no enfrentamento ao preconceito, por meio de bases para uma palestra em uma escola do município dirigida pela estagiária, já que a identidade dos usuários deve ser resguardada. Sendo assim,

O objeto do planejamento da intervenção profissional é o segmento da realidade que lhe é posto como desafio, é o aspecto de uma realidade total sobre o qual irá formular um conjunto de reflexões e de proposições para intervenção. Sua construção e reconstrução permanente ocorrem a partir da localização da questão central a ser trabalhada e da ideias básicas que nortearam o processo (BAPTISTA, 2007, p.31).

O local onde foi realizada a palestra foi escolhido, juntamente com os adictos, de forma propositiva e intencional, em uma escola do município, que se reconhece como um espaço social com consumo de substâncias químicas. Nesse sentido, o projeto buscou prover informações que buscassem a orientação e diminuição do consumo e, conseqüentemente, o enfrentamento ao preconceito social a respeito da dependência química. A partir disso, gerar estratégias de inclusão social, e resgatar juntamente com os usuários a identidade social de cada um, no sentido de fortalecer por meio do seu protagonismo no projeto, afirmando o como cidadão e sujeitos de direitos, com representação social, esclarecidos e amparados por políticas públicas e direitos sociais.

Ressalta-se, ainda, que usuários da saúde mental necessitam de um atendimento diferenciado, mas com os resguardos dos mesmos princípios éticos de outros atendimentos realizados pelo Serviço Social (BISNETO, 2007). Foram consideradas algumas peculiaridades como as limitações físicas, como quando os dependentes químicos estão sob intenso efeito de medicações, e até em estados de abstinência, o que refletem no seu comportamento. Sendo assim, eles se encontram limitados a participar dos grupos, tendo consciência de não expor este usuário, preservando sua integridade e seus direitos, de acordo com código de ética profissional (CFESS, 1993). O projeto de intervenção foi oferecido a usuários que aderissem ao projeto de forma

consciente, que possuíam laços familiares e sociais fragilizados e que não mais se reconheciam como cidadãos portadores de direitos, usando a droga como um subterfúgio aos problemas.

A intervenção foi conduzida através de seis grupos operativos com ênfase na reflexão, reconhecimento de direitos, e protagonismo, escolhendo algumas temáticas que contemplassem os objetivos do projeto em conjunto com a aceitação e sugestões, para com o mesmo, pelos usuários. Os encontros aconteceram no espaço dentro da Ala Recomeçar, na sala 55, que é a sala de TV, também é utilizada para realização de grupos com profissionais, voluntários, e refeições. Considera-se, ainda, para a realização da intervenção, a particularidade do tempo de internação estabelecido na instituição, e o prazo de 30 dias para cada internação, podendo este ter o termino antes devido à evolução do paciente/usuário e à inserção de novos usuários, ocorreu alguma rotatividade de usuários.

No entanto, conhecendo esta característica da instituição, e “na medida em que a realidade é dinâmica [...] (BAPTISTA, 2007, p.31), foi buscado estratégias para que todos os participantes do grupo se inteirassem sobre o projeto, tendo a manifestação de colaboração e iniciativa de alguns usuários para repasse e cativação da temática para outros que vieram a se integrar no grupo.

Durante o período de intervenção, dentro do grupo, nove usuários participaram de, no máximo, quatro grupos e 11 de dois grupos. 16 adictos participaram de pelo menos um grupo operativo na Ala Recomeçar sendo a capacidade da Ala Recomeçar de 11 leitos, os demais foram se integrando, na medida em que outros foram tendo a alta hospitalar. A faixa etária dos participantes foi de 16 a 45 anos de idade e os encontros aconteceram semanalmente e tiveram duração aproximada de 1 hora.

Os grupos tinham, na sua metodologia, a aplicação de materiais áudio visuais, dinâmicas, debates, acolhimento escuta sensível e orientações. Os materiais produzidos nos grupos operativos foram apresentados aos usuários antes de realizar a palestra na escola escolhida. A apresentação, na escola, foi um desafio devido a particularidades do processo de formação, que influenciaram diretamente na evolução do projeto e nos seus resultados. Do mesmo modo, como afirma Gil (2010, p.34) “a preocupação em buscar

respostas para indagações não é imune às influências e contradições sociais. O pesquisador, desde a escolha do problema, recebe influencia de seu meio cultural, social e econômico”.

A palestra construída foi explanada, quando ocorreu uma oportunidade. A profissional Assistente Social recebeu um convite para palestrar em uma escola técnica no interior do município. Ao dialogar com a profissional e supervisora de serviço social da instituição, ela oportunizou o espaço para que concluísse o projeto. Foi exposta a realidade da dependência química desmistificada pelos adictos, apresentado na sequência às faces do preconceito que os dependentes sofriam e as hipóteses das consequências de um pré-julgamento por vias alienantes, resultando no aumento do consumo de substâncias químicas.

Algumas questões emergentes no processo influenciaram na efetividade dos objetivos propostos, como a diversidade da faixa etária do público que foi dirigido à palestra. Sendo assim, concluiu-se que proposta foi alcançada; no entanto, alguns desafios para atingir a totalidade dos objetivos foram encontrados a partir da dinâmica de funcionamento.

[...] não existe um momento no qual se possa dizer que se tenha perfeitamente delineado e delimitado o objeto da intervenção: ele vai se construindo e reconstruindo permanentemente no decorrer de toda a ação planejada, em função de suas relações com o contexto que o produziu, sendo modificado e modificando-o permanentemente (BAPTISTA, 2007, p.31).

Embora houvesse autonomia para realização do projeto de intervenção com o apoio da supervisora de campo, algumas demandas se apresentaram no cotidiano de estágio, e a intervenção se fazia limitada, pela subordinação de profissionais com maior autonomia; no entanto, buscaram-se estratégias que não gerasse conflitos, nesse espaço, para estagiária e profissional supervisora, mas visasse fundamentalmente à preservação dos direitos dos usuários e às novas formas de enfrentamento da questão social, pois segundo Faleiros (2011,p.59) “é na correlações de forças que vão se abrir as possibilidades de ação, as oportunidades estratégicas de mudança”.

Foi buscado não perder a intervenção para além do projeto, até porque muitas questões perpassam o cotidiano dentro da conjuntura da instituição que

emergiram no desenvolvimento da prática do estagiário, tendo em vista a dimensão e apreensão do conhecimento que ali se encontrava. Foram realizados acompanhamentos, acolhimentos a usuários, intervenções pela defesa de acesso a direitos sociais e almejando a materialização do projeto ético político profissional.

Relacionando o processo de prática que se deu no processo de graduação em Serviço Social, com o conhecimento e apreensão de conhecimentos teóricos e metodológicos adquirido na universidade, é que foi possível observar que as políticas sociais orientadas pela ótica da materialização dos direitos humanos, legalmente reconhecidos (BEHRING, 2009), possibilitaram avanços significativos no processo de democratização do país ainda que não houvesse mudanças positivas nos modelos econômicos. De todo modo, tal fato não influencia na hegemonia do capital, enquanto os direitos sociais e as políticas públicas, oriundas das pressões sociais encontram-se fragilizados sofrendo a ingerência do neoliberalismo.

Behring (2009) aborda que se devem retomar os elementos que deram bases ao projeto e cultivá-los, embora sabendo e reconhecendo os limites postos pelo capital e que os direitos, apesar de diminuir um pouco da desigualdade, não são capazes de acabar com a estrutura de classes, não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos nos marcos do capitalismo, mas sinaliza que sua conquista requer uma agenda estratégica da luta democrática e popular visando à construção de uma sociedade justa e igualitária. Essa conquista não se limita a um projeto em si, mas ele como uma via de ingresso de entrada ou transição para um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento de direitos no capitalismo. O Assistente Social ao “adotar a liberdade como valor central, nosso projeto assume o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais” (BEHRING, 2008, p.195), vinculando-se a construção de uma nova ordem social.

O projeto ético político profissional a partir das diretrizes e bases para a formação em serviço social, contempla as categorias do método dialético em Marx que permite a leitura da realidade em que se inserem os assistentes sociais como profissionais e trabalhadores. Sendo assim, os assistentes sociais não estão alheios aos projetos sociais reformistas, no entanto ele possui um

aporte teórico que permite desvelar e encontrar novas formas de enfrentamento à questão social. A realidade não está dada, mas o capitalismo e as novas expressões da questão social não são uma discussão recente, o que explica que não há a dicotomia do discurso entre teoria e prática.

A construção, difusão e efetivação dessa concepção de direitos, de cidadania e de política social é tarefa árdua e encontra barreiras tanto estruturais quanto conjunturais. Nesse sentido, não podemos deixar de ter uma perspectiva de totalidade e reconhecer, objetivamente, os limites e condicionalidades impostos pela estrutura econômica e política. Por outro lado não podemos nos render ao conformismo e ao desencanto, acirrados pelas dificuldades, e, com isso, correr o risco de abandonar a historicidade e de não ver a história como processo aberto [...] (BEHRING, 2008, p.197).

Os atuais desafios que se apresentam na política de saúde mental e na intervenção do serviço social situados na onda neoliberal sustentam a medicalização dos problemas sociais, juntamente com a reatualização de práticas conservadoras (BISNETO, 2007).

Assim como Bisneto (2007) aborda a respeito da análise metodológica do serviço social na área da saúde mental, articula-se com o que Marx refere-se como relação contratual a respeito do capitalismo, refletindo as políticas públicas com um valor de uso e, ao mesmo tempo, um valor de troca. Ou seja, a construção das políticas públicas e afirmação de direitos sociais estabelecem a relação contratual que Marx, expressa como a necessidade da troca entre ambas as classes, se os direitos sociais ora sim uma conquista, para o capital neste obteve-se a fetichização (IAMAMOTO, 2007) do consumo. A elaboração das políticas públicas considera o viés de atender as demandas da sociedade com ações de ajustamentos emergências, contemplando fundamentalmente as exigências do capital, a exemplo de políticas de qualificação para o mercado de trabalho.

A política de saúde mental não está alheia a determinações estabelecidas pela sociedade capitalista, portanto

Torna-se necessário conhecer a relação entre sociedade capitalista contemporânea e Saúde Mental e articulá-las com alienação social, loucura, sofrimento mental, apropriação social pelas instituições, modos de subjetivação social, institucionalização dos sujeitos. Isto dá apoio para o assistente social compreender o significado de sua atuação em Saúde Mental (BISNETO, 2007, p.182).

O trabalho do assistente social na política de saúde mental, assim como outros campos de intervenção do profissional em serviço social, requer uma análise de elementos particulares e universais, considerando as categorias do método dialético que perpassa toda a formação em Serviço Social e contempla a busca para a intervenção ao objeto profissional. É, nesse sentido, que se constrói uma formação generalista dentro do curso de Serviço Social, a fim de formar profissionais críticos, reflexivos, e comprometidos com a classe trabalhadora e o projeto profissional (IAMAMOTO, 2007).

O neoliberalismo como mecanismo de defesa do capital tem produzido cada vez mais expressivas mudanças no mundo do trabalho, assim refletem diretamente no processo de trabalho dos assistentes sociais. Tais consequências atingem diretamente nos espaços sócio ocupacionais, onde se realizam os estágios e a construção de novos profissionais.

Sendo assim, estágio que deve possibilitar o momento tão esperado pelo aluno da vivência da prática, pois ele se depara com a fragilidade pedagógica neste espaço de formação. Contudo, ao analisar este processo onde ele se insere e não somente os processos de trabalho do profissional, o estagiário consegue considerar e reconhecer que tanto supervisor quanto ele mesmo são atingidos pelo poder dominante, materializando-se esta reflexão em questões emergentes e expressões da questão social.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o relato desenvolvido neste trabalho, infere-se a importância e dinâmico do Serviço Social na área da saúde e saúde mental. Trabalhar aspectos biopsicossociais é um desafio que exige do profissional apropriar-se de conhecimentos a respeito da subjetividade dos usuários, considerando estar constantemente em contato com aspectos objetivos vivenciados pelos mesmos (BISNETO, 2007; NICÁCIO, 2005).

[...] há necessidade, na formação do assistente social em saúde mental, a retomada da discussão teórica sobre subjetividade, sobre psicologias sociais de esquerda, sobre grupos e, Serviço Social, de modo a contemplar os pressupostos *teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicos operativos* preconizados pela ABEPSS. Essas idéias pressupõem que o marxismo contemporâneo, mediado pela disciplina de análise institucional (conforme já incorporado ao Serviço Social pelo aportes teóricos de Weisshaupt) e pela psicologia de esquerda do Movimento de Reforma Psiquiátrica [...] (BISNETO, 2007, p.205).

Trabalhar aspectos subjetivos, a partir de realidades concretas, é um desafio que se apresenta ao cotidiano do serviço social, nos remete a refletir o que se caracteriza demanda ou não da intervenção profissional. É importante destacar que a subjetividade não diz respeito ao objeto de trabalho do profissional assistente social, mas sim do psicólogo. Contudo, mesmo sendo a questão social, nas suas mais variadas expressões o objeto de trabalho do assistente social, é importante observar que a subjetividade também se manifesta no espaço de atuação profissional do Serviço Social. Quando os usuários buscam algum tipo de atendimento em virtude de alguma situação de dificuldade e/ou necessidade apresentada, decorrente de uma situação de ameaça ou violação de direitos, também trazem consigo a sua subjetividade.

Ainda assim, como bem ressalta Nicácio (2005), não é a questão social que procura o Assistente Social, mas indivíduos reais submetidos a alguma situação de sofrimento ou fragilidade. Chama-se atenção para o fato de que o Assistente Social trabalhará com seres humanos, com uma pessoa que estará o tempo todo, com uma possibilidade de resgate de sua história e, nesses momentos, cabe ao Assistente Social humanizar o atendimento, torná-lo um espaço de direito legítimo, socialmente justo. É no momento em que a

subjetividade do usuário se manifesta, que se faz necessária a ética profissional, que de acordo com Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993), que tem como um de seus princípios o dever e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados garantindo o respeito às singularidades e diferenças dos usuários. Ainda neste processo onde o usuário desvela suas inquietações, concede abertura ao profissional para que suscite provocações que o fazem refletir suas condições e modo de vida, buscando pelo seu protagonismo social na luta pela efetivação de direitos.

No campo saúde mental, mostram-se os embates do sistema neoliberal nas políticas e direitos sociais, que caminha na dinâmica dos processos sociais e dos rebatimentos do capital no mundo do trabalho, sendo assim a fragilidade no fazer profissional, sem uma formação continuada e voltada ao compromisso com seu projeto profissional, decorre falacioso discurso entre teoria e prática.

O estudo do processo de formação profissional em Serviço Social vislumbra-se da articulação das análises do processo de formação prática, ou seja, a vivência de estágio ancorada pela formação teórica em Serviço Social. Deve se ter em vista que o processo de formação não se limita após a inserção dos estagiários nos espaço sócio ocupacional. Este, por sua vez, tem se mostrado cada vez mais fragilizado e distanciado da teoria.

Portanto, o novo contexto hegemônico emerge cada vez mais profissionais qualificados, que busque acompanhar a dinâmica dos processos societários, buscando em seu aporte teórico e de uma formação continuada respostas para o enfrentamento das novas expressões da questão social (LEWGOY, 2009).

Assim como surge uma nova conjuntura social, com novas demandas e expressões da questão social, se faz necessário a esse profissional, sintonizar-se com estas mudanças. As novas configurações sociais e novas roupagens da questão social fazem com que acreditamos que nem toda teoria irá respondê-las, porém se faz essencial, juntamente com uma formação continuada, para descrever a realidade onde iremos intervir, pois o conhecimento adquirido na teoria acaba por se materializar na prática, permitindo a construção de novas possibilidades de aprendizados e enfrentamento da questão social.

No entanto, mesmo que tendo sua prática alicerçada aos meios que a viabilizam, e sua prática estando de acordo com a política institucional, limitando muitas vezes suas ações, não se deve o assistente social ser congruente e submisso com essa condição. O Assistente Social, por meio de uma prática consciente e crítica elencada nos projeto ético político da profissão, é detentor de sua matéria prima e tem como possibilidade, ao atuar como parte de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos usuários dentro da instituição, a mediação entre as partes e recursos envolvidas, construindo estratégias que visem o acesso a garantia de acesso a direitos dos seus usuários.

Sendo assim, as reflexões aqui sistematizadas, apontam para algumas fragilidades e proposições para aprimoramento no trabalho do Serviço Social na área da dependência química que tem no enfoque e resgate do protagonismo social uma estratégia que contemplem, na totalidade, a garantia aos direitos à saúde e saúde mental. Ressalta-se ainda que esta análise crítica da realidade, onde se insere o Serviço Social, não descarta outras possibilidades de análise propositivas no âmbito de intervenção que se dá o campo da saúde mental.

As considerações aqui expressas não se limitam nas críticas sobre ações profissionais, até porque, ao serem apresentadas historicamente, são indissociáveis aos processos sócio-históricos na sociedade capitalista. Ao finalizar, assinala-se a relevância de um resgate teórico, que se fragmenta ao se incluir no mercado de trabalho capitalista, constituindo-se meramente em produto. É necessário que se acompanhem as novas faces e expressões da questão social, que estão atreladas aos mecanismos de controle criados pelo capital como a dependência química.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica.** *Revista Saúde em Debate*, n. 45, p. 43-46, 1994.

Disponível em: <[http://www.franca.unesp.br/ssrealidade/SSR\\_12N1.pdf](http://www.franca.unesp.br/ssrealidade/SSR_12N1.pdf)>. Acesso em: 19 de Outubro de 2012.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial.* 3. ed. Rio de Janeiro, RJ : Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. (coord.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ : Fiocruz, 1998.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento social:** intencionalidade e instrumentação. 2. ed. São Paulo, SP : Veras, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social:** fundamentos e história. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Política social no Capitalismo:** tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. Fundamentos de Política social. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-1.pdf>>. Acesso em: 24 de fev. de 2013.

BEZERRA JÚNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A. (Orgs.) **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil (p. 134-169). Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BISNETO, Jose Augusto. **Serviço social e saúde mental:** uma análise institucional da prática / 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BORBA, Alvino Andreilcy; MATA-LIMA, Herlander. **Exclusão e inclusão social, nas Sociedades Modernas:** um olhar sobre a situação em Portugal e na União Européia. 2011.n.106. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n106/n106a03.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

BRASIL. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/>>. Acesso em: 25 de abril de 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)> Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. **Lei 10.216/01.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 16 dez. 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Política Nacional Antidrogas.** Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>. Acesso em: 03 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acesso em: 24 nov. de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil.** Disponível em : <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)> . Acesso em: 8 Dezembro de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS):** um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & sociedade, v. 27, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina.** 8. ed. São Paulo: 2007

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf). Acesso em: 24 de out. 2012.

CFESS. **O Trabalho do Assistente Social no SUAS.** Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifestaSUASgrafica.pdf>>. Acesso em: 29 de Março de 2013.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. 1993.

CID-10. **Classificação Internacional de Doenças.** 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em 18 dez. 2011.

COHN, A. NUNES, E. JACOBI, P. R. KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COHN, A.; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003.

DIAS, Carmen Izabel V. **Globalização, violência, drogadição e práxis educativa**. Ijuí: ed. Unijuí, 2001.

CURY, Augusto. **Superando o cárcere da emoção**. São Paulo: Academia da Inteligência, 2000.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. do R. (Orgs.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FREIRE, Lúcia M. de B. **Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social**. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200006)>. Acesso em: 4 de Março de 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 47, p. 333-361, mai/ago. 2011.

KOPP, Pierre. **A economia da droga**. Tradução: Maria Elena Ortega Ortiz Assunção. Bauru, SP: EDUSC, 1998.

GOFFMAN, Erving, **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo : Perspectiva, 2008.

HOSPITAL IVAN GOULART. Projeto Terapêutico da Ala Recomeçar no Hospital Ivan Goulart. São Borja, RS. Nov. 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo : Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf)>. Acesso em : 04 de Março de 2013

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

MARTINS, José de Souza, **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV, 2008.

MENDES, Rosilda. **A emergência e o protagonismo dos sujeitos**. 2008 Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1291](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1291)>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

MOTA, Ana Elizabete... et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério as Saúde/Cortez, 2006.

MOTA, Leonardo. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. In: **Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, ano 2, n.3, Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, ano 2, n.3, Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2007.

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

NICACIO, Erimaldo. Serviço Social e Subjetividade. Política Social e Serviço Social: elementos para debate. In: **Revista Praia Vermelha**, n.13, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **Homepage**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_arquivos/8/TDE-2007-10-31T075145Z-429/Publico/Tese.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2007-10-31T075145Z-429/Publico/Tese.pdf)>. Acesso em: 30 de junho 2012.

PNAS. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. MDS/SMAS: Brasília, 2004.

PERES, Gislaine Alves Liporoni, et al. **O Município e a Gestão Descentralizada e Participativa da Política de Assistência Social**. Serviço Social & Realidade, Franca, v.18, n. 1, p. 73-96, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/118>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

PEREIRA, Ana Flávia, et al. **Dependência Química**. 2009. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/dependencia-quimica>>. Acesso em: 30 de janeiro. 2012.

ROSA, Lucia. Transtorno mental e o cuidado na família / 3. ed. São Paulo, SP : Cortez ; 2011.

SILVA, M. Ozanira da Silva. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães, et al. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social : cotidiano, formação e alternativas na área da saúde / 4. ed. São Paulo : Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão, et al. **Saúde mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.