



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Política Social, Seguridade Social e Proteção Social).

TEMPLATE – TRABALHO COMPLETO – Apresentação Comunicação Oral

A Exclusão Social de Pessoas Com Transtornos Mentais.

Daniele Eyng¹
Maria Fátima Balestrin²

Resumo: O trabalho aborda a política de saúde mental no Brasil, cujo objetivo foi refletir sobre exclusão social de pessoas com transtorno mental. A pesquisa qualitativa e bibliográfica sobre estudos publicados do tema. Os resultados demonstram vários determinantes da exclusão e a necessidade de buscar formas de romper com o estigma social da pessoa com transtorno mental, bem como possibilidades de inclusão a partir das perspectivas da política de saúde mental. Conclui-se que a exclusão de pessoas com transtorno mental afeta suas relações sociais, tanto no que se refere a dimensão econômica, cultural, familiar, impedindo profundamente o exercício da cidadania.

Palavras-chave: Saúde; Saúde Mental; Seguridade Social; Exclusão Social.

Abstract: The paper addresses the mental health policy in Brazil, whose objective was to reflect on social exclusion of people with mental disorders. Qualitative and bibliographical research on published studies of the theme. The results demonstrate several determinants of exclusion and the need to seek ways to break with the social stigma of the person with mental disorder, as well as possibilities for inclusion from the perspectives of mental health policy. It is concluded that the exclusion of people with mental disorders affects their social relations, both in the economic, cultural and family dimension, profoundly impeding the exercise of citizenship.

Keywords: Cheers; Mental Health; Social Security; Social Exclusion.

1 INTRODUÇÃO

¹ Assistente Social, Aluna do Curso de Especialização em Famílias e Práticas Profissionais da UNICENTRO.danyhwax@gmail.com.

² Professora do Curso de serviço Social da UNICENTRO, Mestre em Ciências Sociais Aplicadas. mfbalestrin@gmail.com.



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

O tema exclusão social de pessoas com transtorno mental é resultado do processo de estágio curricular do Curso de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II no Município de Guarapuava-PR. Através do convívio com profissionais e usuários, buscou-se refletir sobre o processo de exclusão dessa parcela da população, ainda tão presente na sociedade, como uma forma de compreender as consequências da exclusão, bem como, as possibilidades de um processo de inclusão desses sujeitos a partir do novo desenho das políticas públicas, em especial da Política de Saúde Mental no Brasil.

Antes de se efetivar a Política de Saúde Mental ou de se consolidarem leis que protegeriam as pessoas com deficiência intelectual, pôde-se refletir historicamente como estes sujeitos eram tratados na sociedade, e como foram excluídos do convívio social.

O confinamento dos indivíduos não se tratava de oferecer suporte aos doentes mentais, mas sim de mantê-los afastados da sociedade, que os assemelhava à “vagabundagem” e a pobreza. As pessoas com transtornos mentais tiveram sua cidadania e sua identidade retirada e foram por séculos silenciados.

É o ano de 1986 que surge um modelo diferente do que vinha sendo utilizado na atenção à saúde mental com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo para atender a população em sofrimento mental com intenção de oferecer atendimento diferenciado do modelo manicomial, oferecendo serviços de acolhimento, atividade seja em grupo ou individualmente, participação no tratamento.

A implantação do CAPS foi um avanço no tratamento com o deficiente intelectual, pois além de fornecer atendimento com consultas especializadas e medicação adequada, acontece num processo de ressocialização dos indivíduos. O trabalho no CAPS exige uma equipe em sintonia que se transcenda e proporcione qualidade de vida, garantia de direitos, acesso adequado ao tratamento de seu usuário e, conseqüentemente, atinja uma melhora em seu quadro de sofrimento psíquico promovendo um processo inclusivo.

A exclusão é um impedimento, uma barreira, uma fronteira elaborada socialmente em relações de poder, que dividem os grupos, tanto no que se refere às condições de vida como na percepção de si mesmos como sujeitos históricos. Nesse sentido o processo de inclusão deve ir além do tratamento medicamentoso, são necessárias políticas públicas de inclusão que proporcionem o fortalecimento dos vínculos familiares para possibilitar a construção de um novo projeto de vida.

Partindo do exposto, a pesquisa é de natureza qualitativa e bibliográfica, tendo como fonte de informações estudos analíticos anteriores de outros pesquisadores



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

publicados em livros, artigos, teses, etc., objetivando refletir sobre a exclusão do doente mental na sociedade.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, SAÚDE MENTAL E SEGURIDADE SOCIAL

No Brasil Colônia (1500-1822) a saúde pública não era tratada de forma organizada e direcionada à população, foi somente com a chegada da família real que surge à ideia de estrutura sanitária, pois, as más condições higiênicas proliferavam e, da mesma forma, as epidemias, como a febre amarela, malária, e a peste bubônica, entre outras.

Conforme Miranda-Sá Jr (2007, p.156):

A assistência aos doentes no Brasil colonial era extremamente precária. A maior parte dos cuidados era prestada por curandeiros de todos os matizes, inclusive sacerdotes católicos (especialmente os jesuítas). Os médicos formados eram raríssimos, e mesmo os cirurgiões e barbeiros licenciados dificilmente eram encontrados, a não ser nos centros maiores, e serviam principalmente as pessoas importantes.

Naquele período não havia especialistas em psiquiatria, e os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam, mais que tratavam os enfermos mais necessitados. “Os hospitais, até o século XVIII confundiam-se com albergues para pessoas doentes que não tivessem quem delas cuidasse” (MIRANDA-SÁ JR, 2007, p. 156).

No final do século XVIII e início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, a medicina começou a tomar a forma atual, processo que teve como influência a Revolução Francesa (1789-1799), no plano político, e os avanços científicos relacionados com a Revolução Industrial, no plano econômico. “Foi quando a assistência aos doentes mentais se tornou médica. Surgiu na França, com a reforma patrocinada por Pinel e instituída por Esquirol, e que serviu de modelo para as transformações na assistência psiquiátrica de todo o mundo ocidental” (MIRANDA-SÁ JR, 2007, p.156).

Com a mudança da corte portuguesa ao Brasil (1808) deu-se início ao processo de urbanização do Rio de Janeiro e, por outro lado, criou, ampliou e expôs novos problemas sanitários. Um dos problemas dizia respeito aos enfermos psiquiátricos, que, segundo Miranda-Sá Jr (2007, p. 156), “(...) se eram inoperantes nas pequenas comunidades rurais, tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano. Cuidar deles se transformou em um ônus difícil de ser suportado até pelas famílias, tanto no plano objetivo como no subjetivo”.



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Quanto à saúde mental, por meio do Decreto n. 82/1841 foi fundado no Rio de Janeiro o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, e renomeado mais tarde Hospício Nacional de Alienados, marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Assim, “O Brasil se tornou o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio com base no alienismo francês, o qual manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades” (GUIMARÃES *et al*, 2013, p. 362).

Aponta Miranda-Sá Jr (2007, p.157) que o hospício do Rio de Janeiro “(...) já nasceu moderno, pois seguiu o recém-instituído modelo francês e serviu de paradigma para os demais que o seguiram. (...). O Hospício do Rio hoje é utilizado como Reitoria da UFRJ. Trata-se de um palácio mais suntuoso que qualquer outro da época (...)”. Comenta ainda o autor que coisa semelhante aconteceu nas províncias, ou seja, muitos desses hospitais eram palácios para a época.

A partir desse evento, foram construídos em todo o país vários asilos e manicômios. Portanto, ao longo dos anos, “(...) a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social. O foco de atenção não era a pessoa, mas a doença”. Além de serem marginalizados e desprovidos de autonomia, não sendo vistos como indivíduos ativos no tratamento do transtorno mental (GUIMARÃES *et al*, 2013, p. 362).

Entre os anos 1920 e 1930, deu-se o primeiro esforço de reforma psiquiátrica, quando foram diferenciados os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, sendo instituído um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental (TUNDIS, 1997).

Mas, à medida que a falta de remédios específicos para os enfermos psiquiátricos continuava, agrava-se o processo de degradação da assistência psiquiátrica pública no Brasil, a qual só poderia ser evitada com a descoberta dos fármacos psicotrópicos, que possibilitaram o efetivo enfrentamento das enfermidades mentais (MIRANDA-SÁ JR, 2007, p. 157), pois existiam poucos medicamentos para o tratamento psiquiátrico e os disponíveis tinham potencial de ação insuficiente para minimizar os sintomas decorrentes do transtorno mental (GUIMARÃES *et al*, 2013).

Conforme Miranda-Sá Jr (2007), tal avanço implicou outro problema: a assistência psiquiátrica pública se dividiu em duas: a assistência patrocinada pelo Estado e aquela



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

mantida pela previdência social pública, que se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. O doente mental se transformou em uma fonte de lucro para empresários que viviam dessa condição. No plano da assistência pública direta, a tônica do enfrentamento desse problema residiu na tentativa de ambulatorização do tratamento (MIRANDA-SÁ JR, 2007).

Sobre o contexto econômico desse período, segundo Polignano (2005, p. 8), entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias. “A crise de 1929 imobilizou temporariamente o setor agrário-exportador, redefinindo a organização do estado, que vai imprimir novos caminhos a vida nacional”. Assim é que a crise do café vai propor um novo padrão de uso do poder no Brasil.

A Revolução 1930, comandada por Getúlio Vargas, segundo Braga (2013), rompe com a “política do café com leite”, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Com isso, emergiu um novo regime que traria profundas mudanças na estrutura do Estado que objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. Foi criado o “Ministério do Trabalho” o da “Indústria e Comércio” e o “Ministério da Educação e Saúde”. A área da saúde assumiu um papel de relevância na estratégia de combater o federalismo, que impossibilitava ou dificultava a ação efetiva do governo federal nos Estados.

No que se refere à previdência social nesse período, segundo Polignano (2005), a política do Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Com isso, em 1933 as CAP's (criadas em 1923) e organizadas por empresas, são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários, etc). Os IAP's, além de servir como importante mecanismo de controle social tinha, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização.

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) foi o primeiro governo eleito com diretrizes estabelecidas para a área de saúde, inclusive a doença mental. Em seu programa de governo para a área da saúde determinou que sua principal diretriz para a área de combate à doença mental teria como objetivo a “descentralização da assistência psiquiátrica



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

no Brasil, a fim de evitar o encaminhamento de doentes mentais de vários pontos do país às principais organizações hospitalares, saturando sua capacidade...” (KUBITSCHECK, 1955 *apud* BRAGA, 2013, p.3).

O período que se iniciou em 1964, Governo Militar, tinha como característica as políticas públicas centralizadoras e a forte repressão às liberdades individuais e aos movimentos sociais. Os IAPs foram substituídos por um único instituto, o INPS (criado em 1966), o que significou uma uniformização dos benefícios, numa Previdência Social concentrada e num crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos de Previdência. Com a criação do INPS houve um crescimento de estabelecimentos hospitalares privados conveniados com este órgão. (BALESTRIN, 2006).

Conforme Geraldês (1992), com a criação do INPS, a cobertura assistencial, até então executada por profissionais concursados, passou a ser realizada através da contratação de serviços de terceiros. A contratação de serviços privados pelo Estado veio a estimular o crescimento e a expansão do setor privado, fortalecendo o caráter de lucratividade do setor de saúde, onde a intervenção do Estado, através da previdência Social, provocou o fortalecimento de um sistema médico e industrial monopolista, acumulando capital na indústria farmacêutica e dos equipamentos médicos.

Esse modelo assistencial, por determinações estruturais impostas pela estratégia de desenvolvimento capitalista no país, fazia parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias para a legitimação política do surto de crescimento econômico que caracterizou o período denominado de “milagre econômico”. Conforme Balestrin (2006), a partir de 1974, findo o período de expansão econômica, iniciou-se o processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Este pacto deveria combinar crescimento com distribuição, e implicava a elaboração de nova constituição e a explicitação de outro padrão de política social.

A sociedade brasileira passou a viver num contexto de debates, por parte de setores de oposição ao Regime Militar, na busca de propostas políticas que se centravam na redefinição das políticas sociais, entendendo estas como indicadoras de um processo redistributivo de renda e como caminho para universalização de benefícios para toda a população (GERSCHMAN, 1995).



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

No que se refere à saúde mental e o movimento sanitário, em meados da década de 1970, começaram a surgir algumas experiências isoladas, contrapondo-se ao modelo asilar, inspiradas na comunidade terapêutica, na psicoterapia institucional e na psicoterapia preventiva, permitindo novas ações na assistência psiquiátrica. Nessa época, foram observados discretos investimentos em comunidades terapêuticas, hospitais-dias e centros de saúde mental. Os investimentos, no entanto, foram esporádicos, pouco significativos e, alguns, pouco duradouros (AMARANTE, 1995 *apud* FONTE, 2012).

Fonte (2012) aponta que na década de 1970, a discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental se deu no momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, proporcionou no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país.

Apelos para que "ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante" e nem "arbitrariamente preso, detido ou exilado" foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral (FIRMINO, 1982 *apud* FONTE, 2012, p. 5).

Entretanto, ainda não estava muito claro qual deveria ser o modelo de cuidado e nem havia uma proposta estruturada da intervenção clínica, isso começaria acontecer na década de 1980, mais efetivamente com a reforma psiquiátrica no final dos anos 1980.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, a qual traz no Art. 199, que a saúde é como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema único de saúde organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera do governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, abriu-se espaço para a atuação privada, ou seja, de forma complementar, autônoma, consagrando a liberdade da iniciativa privada (BRASIL, 1988). Estava criado constitucionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele o modelo de saúde plural vigente.



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Para viabilizar o previsto na Constituição, foram criadas as leis 8.080/1990 e a Lei 8.142/90, que dispõem respectivamente sobre a organização dos serviços e a participação da sociedade.

Como observamos, o SUS é uma conquista da sociedade brasileira que tomou forma a partir do movimento de democratização da década de 1980. Ele não representa uma proposta apresentada por grupos de interesses dentro da cultura nacional de planos mágicos, mas é algo que vinha sendo discutido amplamente na sociedade há longo tempo e que em determinado momento, no Congresso Nacional, adquiriu institucionalidade (MENDES, 1996).

O SUS é um sistema de saúde que está em constante evolução, segue a doutrina e os mesmos princípios organizacionais em todo o país, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, ele é um sistema formado por um conjunto de unidades, serviços e ações que tem finalidades em comum atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

2.1 A Reforma Psiquiátrica

Há que se considerar que desde aproximadamente 1978, o modelo de atenção em saúde mental no Brasil vem sofrendo um redirecionamento influenciado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, conforme Foucault (1978) há muitos séculos a humanidade convive com a loucura, e antes desse tema se tornar médico, o “louco” habitou o imaginário popular de diversas formas, eram vistos como pessoas que conheciam a magia, outrora era motivo de piada e, muitas das vezes, “possuídos” por demônios. Desde então, as pessoas com transtornos mentais foram se tornando marginalizadas, pois não se “enquadravam” no padrão moral vigente da época.

A internação era vista de forma oposta a de uma prisão, mas, a partir do momento que a loucura era assimilada à pobreza e à “vagabundagem” surgem novas significações, assim, uma pessoa que não correspondia a um padrão moral vigente da época era confinada, principalmente com a ascensão do capitalismo, a dita “boa” sociedade queria esconder os problemas que estavam surgindo com esse novo sistema organizacional. Foi a partir da segunda metade do século XX que se inicia uma radical transformação no tratamento de doentes mentais (FOUCAULT, 1978).



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Conforme Amarante (1995), depois de um longo contexto e de variados processos de contestação e de intervenção na área psiquiátrica, é apenas no ano de 1971 que o psiquiatra Franco Basaglia inicia um processo de desmonte dos manicômios, levando em consideração o contexto histórico e o novo espaço em que já se encontrava inserida a doença mental e o tema da loucura. A experiência de Basaglia teve grande influencia no movimento de psiquiatria democrática, mesmo ele não participando deste movimento, propõe uma revogação na lei psiquiátrica em vigor desde 1904, o novo projeto de lei colocado em referendo inspira-se fundamentalmente em suas ideias, assim em 13 de maio de 1978, é criada a lei Basaglia na Itália (AMARANTE, 1995).

Explica Arbex (2013) que Franco Basaglia implantou um movimento que se inicia na Itália e começa a repercutir o mundo, e muito particularmente no Brasil. Assim, inicia-se o movimento de luta – antimanicomial, que surge marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos, e do resgate de cidadania dessas pessoas que há séculos foram hostilizadas e maltratadas. Aliado a essa luta nasce o movimento da reforma psiquiátrica que começou a denunciar manicômios e instituições que faziam o uso da violência para com os doentes mentais, a reforma propõe a construção de uma rede de serviços que libertem os doentes mentais que garanta sua cidadania e que preserve a sua dignidade.

Assim, “A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental, todo aquele comportamento inadapável aos limites da sociedade burguesa” (TUNDIS, 1997, p.12).

Foi com muita luta e participação popular, seja de usuários, doentes mentais, família, trabalhadores da área de saúde ou a própria sociedade em geral, que possibilitou a concretização da Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001, assim, reafirmando legalmente os direitos humanos e também civis da pessoa em sofrimento mental. A reabilitação psicossocial tem como princípio da cidadania, “[...] reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda, e sim a reconstruir as possibilidades de trocas. [...] por maiores que sejam suas limitações, trata-se de considerar aí como prevalente a dimensão da vida” (SOUZA, 2006, p.71).

Sendo assim, as práticas voltadas para a reabilitação psicossocial devem oferecer a possibilidade dos usuários retomarem o controle da sua vida, é ampliar a rede de trocas de afetos e informações dos usuários na sociedade: família, vizinhos, trabalho, rede de saúde e de assistência. O movimento da Reforma Psiquiátrica, segundo Fonseca e Jeager (2015, p



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

26), ao romper com a centralidade do manicômio, se propôs a produzir novos conceitos, novas funções e novas percepções da loucura. “Trata-se de rupturas que fazem parte da formação e da concepção do SUS à medida que propõe um conjunto de transformações relacionadas aos modos de cuidar da saúde humana”.

Até chegar se chegar a estas mudanças o caminho percorrido foi árduo, mas, o processo iniciado com a reforma psiquiátrica ainda é atual, embora os avanços nesta área no Brasil sejam inegáveis, a luta para viabilizar tais direitos continua diante das situações de condições sócias econômicas adversas.

Todavia, a existência de legislação de saúde mental representa um mecanismo importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações, mas não garante em si mesma o respeito e proteção dos direitos humanos.

3. EXCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Quando se aborda a exclusão social, percebe-se que o termo é utilizado nas mais variadas áreas de conhecimento e nem sempre é preciso ou definido. Coloca Xiberras, (1993 *apud* Vaz, 2002), que excluídos seriam todos aqueles rejeitados dos nossos valores.

Para Sawaia (2008, p. 9),

A exclusão é um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas [...], não é uma coisa ou um estado, é um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ele é produto do funcionamento do sistema.

No Brasil, a exclusão social está presente desde a época da colônia, em função da adoção de uma estrutura escravagista, que se reproduziu e permanece até hoje, embora com um grau menor e de maneira menos ostensiva. Entretanto, passou a ganhar destaque no país na década de 1970 com o crescimento econômico oriundo do período ditatorial brasileiro. “Com a escalada rumo à industrialização, houve uma intensificação do padrão social excludente, fruto do capitalismo dependente, sustentador do ‘milagre econômico’” (BORBA; LIMA, 2011. p 224).



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Nessa direção, ao se pensar na lógica capitalista em que a diferença de classes é inerente a esse sistema, a questão econômica é uma das formas de exclusão social. Lopes (2006, p. 124) relata sua concepção de exclusão social e aponta que o fenômeno costuma ser relacionado a um plano de causalidade complexo e multidimensional, diferenciando-se da concepção de pobreza, sobretudo porque exclusão social “[...] é uma condição produzida na emergência do neoliberalismo, caracterizada pela estratégia de sobredeterminação constante dos termos que fundam e reproduzem os jogos contemporâneos entre mercado, trabalho, Estados, poder e desejos”.

Portanto, neste contexto, segundo Faleiros (2006), a exclusão é definida como negação da cidadania, da garantia de direitos civis, políticos e sociais, ambientais e da equidade de gênero, raça, etnia, entre outros. É um processo dialético e histórico, decorrente da exploração e da dominação, com vantagens para uns e desvantagens para outros. Neste sentido, a inclusão se apresentaria como proposta contrária aos princípios do neoliberalismo. Sendo assim, a inclusão e a exclusão se referem às dinâmicas de expulsão ou de inserção nas esferas socialmente reconhecidas.

Os autores Borba e Lima (2011). Justificam essa permanência de fatores clássicos de exclusão na sociedade contemporânea pelo afastamento das propostas políticas de bem-estar, o que proporciona situações de vulnerabilidade social que fragilizam a sociedade. Este tipo de vulnerabilidade provoca a exclusão social e o combate às situações de vulnerabilidade é uma função essencial do Estado, sendo os programas de intervenções intitulados de inclusão social.

3.1 Consequências da exclusão para pessoas com transtorno mental

A pessoa com transtorno mental vem sendo excluído da sociedade desde antes do advento do sistema capitalista de produção, sistema este que fortaleceu o processo de exclusão. A estigmatização do “doente mental” prevaleceu por longo tempo, e ainda está presente na sociedade atual, o dito “louco”, por vezes, não é inserido no convívio social e nem ao mercado de trabalho e, inúmeras vezes, banalizado pelos demais.

Desse modo, além do sujeito sofrer as consequências da não inserção no mercado de trabalho, é representado como alguém com algum problema que foge do padrão de normalidade socialmente aceito.



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Os prejuízos causados pelos processos de exclusão social nos condicionamentos que estruturam a vida coletiva afeta, sobretudo, “[...] o escopo de representações que se formou institucionalmente em torno da grande contradição moderna entre autonomia e liberdade, que define o estatuto do sujeito” (LOPES, 2006, p 127).

Desse modo, “[...] Atribuir ao louco o estatuto social de enfermo garantiu-lhe o direito à assistência e ao tratamento sob a proteção do Estado, mas [como consequência] autorizou também a sua exclusão social e a destituição da cidadania plena”.

A pessoa com transtorno mental sofre a exclusão social por questões morais, pois, segundo Luca (2007, p. 3), “A justificativa para a exclusão social do doente mental é, quase sempre, a necessidade de ensinar a eles regras e condições de convívio social ou de proteger os ‘normais’ de ações insanas”.

3.2 A possibilidade de inclusão da pessoa com transtorno mental

A necessidade de se sentir pertencente a um grupo é inerente ao ser humano. Desde que este começou a formar uma comunidade, existe o desejo de viver em sociedade com seu semelhante. Não nos reconhecemos sós e isolados. Para que a inclusão do portador de transtorno mental se efetive é preciso, além de romper com o preconceito, criar ações que efetivem sua cidadania, e que assegurem seus direitos já garantidos por lei.

Sabe-se que é preciso avançar nas políticas de inclusão social, pois, conforme Lopes (2006, p.22), a inclusão “[...] são as políticas sociais contemporâneas que priorizam, equivocadamente, atingir os excluídos que estão no limite das privações através de programas focalizados que sustentam rótulos de ‘inclusão social’”.

Conforme Faleiros (2006, p. 11), ampliam-se as experiências de solidariedade fundadas no dom, na reciprocidade. O Estado também usa o discurso da solidariedade para propagandear políticas de mínimos sociais para não comprometer as exigências do mercado e para aliviar a pobreza sem reduzir a desigualdade. “A solidariedade só se constrói com liberdade e igualdade e não como caridade do mais forte diante dos vulnerabilizados. É na sustentabilidade de si e do coletivo que a solidariedade se arquiteta como direito e autonomia na cidadania inclusiva”.

Ao analisar o escopo da exclusão social em uma perspectiva política, afirma que é necessário requalificar o Estado para garantir o direito dos sujeitos excluídos viverem em sociedade.



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

A inclusão e a cidadania são processos complexos, históricos, diversificados, de mobilidade, de redução da desigualdade, da polarização, da assimetria, das formas desiguais de implicação dos sujeitos, e de afirmação da identidade, da segurança, do trabalho, da efetivação dos direitos, da criação de oportunidades, da formação de conhecimentos, competências e habilidade, do fortalecimento dos laços sociais, do respeito, da vida digna, de justiça, do empoderamento, do acesso a ativos e à renda, do respeito à diversidade, à cultura e à vida social e comunitária (FALEIROS, 2006, p. 12).

Finalizando, partilhamos do pensamento de Candido et al (2012) o qual compreende que é a sociedade a instituição suprema que pode atribuir sentido maior à vida cotidiana, promovendo um espaço para a expressão plena da liberdade, entender que todos podem contribuir para a redução do estigma é requisito fundamental para haver atitudes positivas em relação à minimização do preconceito existente.

4 RESULTADOS E CONCLUSÕES

No que se refere à exclusão, esta sempre esteve presente no desenvolvimento da sociedade em diferentes perspectivas, é um tema complexo e nos mostra como as pessoas são afastadas de várias instâncias da vida em sociedade, no caso dos doentes mentais são pessoas que sempre sofreram com esse processo excludente, são pessoas que tiveram sua cidadania negada, suas vozes foram silenciadas e assim, sua condição de ser humano foi rebaixada.

Pode-se destacar que a exclusão é um processo evolutivo e se expande no modelo neoliberal, no caso do Brasil, um país marcado pela estrutura escravagista onde a exclusão sempre esteve presente e se fortalece no período ditatorial, com a evolução da industrialização esse processo se solidifica. A pessoa com doença mental sente a exclusão e sente-se rejeitada, desencadeando reações negativas em sua vida e, com isso, dificultando até mesmo seu progresso no tratamento ao qual é submetido.

Para viabilizar um processo de inclusão de pessoas com transtorno mental são essenciais ações que busquem a autonomia, na perspectiva da possibilidade da capacidade do sujeito, que efetivem sua cidadania, e que assegure seus direitos já garantidos por lei, o que pode vir a minimizar o preconceito enraizado culturalmente, permitindo o retorno ao convívio social. É preciso que se consolide diariamente a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico, e que o preconceito com essa parte da população seja superado.

4 REFERÊNCIAS



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Novos Sujeitos, Novos Direitos:** O debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul./set., 1995.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BALESTRIN, Maria Fátima. **A política de saúde no município de Ponta Grossa a partir da constitucionalização do SUS.** Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas. UEPG, 2006.

BORBA, Andreilcy Alvino. LIMA, Herlander Mata. **Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas:** um olhar sobre a situação em Portugal e União Europeia. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 106, p. 219-240, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n106/n106a03.pdf>. Acesso em: 11 de outubro de 2017.

BRAGA, André Luiz de Carvalho. **O Serviço Nacional de Doenças Mentais no Governo JK:** a expansão da Assistência Psiquiátrica para todo o Brasil. Disponível em: http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338477418_ARQUIVO_TextocompletoparaaANPUH2012.pdf. Acesso em 12 de agosto 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

CANDIDO, Maria Rosilene. Et al **Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) vol.8 no.3 Ribeirão Preto dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762012000300002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 de outubro de 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Inclusão Social e Cidadania.** 32ª International Conference on Social Welfare. Brasília: 2006. Disponível em: http://www.icsw.org/images/docs/Events/2006_Brazil/17_07_PDF/vicente_faleiros.pdf. Acesso em: 11 de outubro de 2017.

FONSECA, Tania Mara Calli. JAEGER, Regina Longaray. **A psiquiatrização da vida:** arranjos da loucura, hoje. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (Caderno Humaniza SUS ; v. 5). Disponível em: Acesso em: 12 de agosto de 2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica:** as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. PPS - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. v. 1, n. 18, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GERALDES. P. C. **A saúde coletiva de todos nós.** Rio de Janeiro: Revinter, 1992.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GUIMARAES, Andréa Noeremberg. et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2017.

LOPES José Rogério. **Exclusão social, privações e vulnerabilidade: uma análise dos novos condicionamentos sociais.** São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, p. 123-135, jan./mar. 2006. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_09.pdf. Acesso em: 22 de agosto de 2017.

LUCA, Bruna Lira de. Et al. **Construção cultural de doença mental e justificativas para a exclusão do doente mental; 2007. Disponível em:** <https://psicopauta.wordpress.com/2007/08/07/a-loucura-e-exclusao-social-dos-doentes/>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade.** Rev Psiquiatr RS. 2007;29(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** 2005. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 07 de julho de 2017.

SOUZA, M. E. **Atenção em Saúde Mental.** 1ª Ed. Belo Horizonte. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e loucura Políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 1997.

VAZ, Angela Maria Giovanetti. Exclusão social: novos e velhos dilemas. **Emancipação**, 2(1): 105-127, 2002.