



Ministério da Educação  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM  
Minas Gerais – Brasil  
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas  
Reg.: 120.2.095–2011 – UFVJM  
ISSN: 2238-6424  
Nº. 02 – Ano I – 10/2012  
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

## **O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais**

Tatiana Barreto de Góis  
Bacharel em Serviço Social - Professora do Curso de Serviço Social da  
Universidade Tiradentes - UNIT  
E-mail: [millena.ada@hotmail.com](mailto:millena.ada@hotmail.com)

Silvia Cardoso Alves Santos  
Discente do Curso de Serviço Social - UNIT  
E-Mail: [silvinha0807@hotmail.com](mailto:silvinha0807@hotmail.com)

Elisabete Oliveira dos Santos  
Discente do Curso de Serviço Social - UNIT  
E-mail: [vidabelaelis@hotmail.com](mailto:vidabelaelis@hotmail.com)

**Resumo:** O presente artigo intitulado “O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais”, em foco: deficiência mental, visa analisar a importância da atuação do Assistente Social junto aos portadores de transtornos mentais. Este estudo objetiva proporcionar uma aproximação a cerca da realidade vivenciada pelo portador de deficiência mental e o trabalho executado junto a sua família relacionado com a intervenção do profissional da Assistência Social em prol da conquista da autonomia, da emancipação dos indivíduos, da equidade, da integralidade, na luta pela efetivação dos seus direitos e a inserção dos portadores de deficiência mental e seus familiares na vida em sociedade, podendo assim usufruir dos seus direitos enquanto cidadãos.

**Palavras-chave:** Deficiência Mental; Assistente Social; Família; Cidadãos.

## INTRODUÇÃO

Atualmente em nosso país, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, cinquenta e cinco milhões de brasileiros sofrem de transtornos mentais graves ou leves, decorrentes do uso de álcool, drogas ou que necessitem algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Tal quadro demonstra a necessidade do governo brasileiro investir na política de Saúde Mental, no que tange desde reformas já iniciadas que vão desde a prevenção ao tratamento.

Com o objetivo de abordar a temática no campo específico de saúde mental, este estudo traz uma reflexão teórica sobre a evolução da saúde mental, passando pela Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, mas, especificamente, fazendo uma relação da prática profissional do Assistente Social neste contexto.

Para discorrer sobre a temática, foi seguido como procedimento metodológico a utilização da coleta de dados teóricos através da pesquisa bibliográfica, dividindo-se em duas seções.

Inicialmente, através de uma pesquisa bibliográfica traz autores como: Schons Ribas; Santoro; Aldaíza Sposati e outros; para fazer uma reflexão sobre a assistência ao portador de necessidades especiais, enquanto direito do cidadão, no respeito às suas limitações, construindo assim, a primeira seção deste estudo.

Na segunda seção, autores como: Leone e outros fundamentam reflexões sobre a Saúde Mental na conjuntura atual, lembrando que neste momento, algumas leis foram citadas, expressando os dispositivos legais sobre os direitos dos portadores de necessidades especiais. Este estudo faz ainda, uma relação do tema com a prática profissional do Assistente Social na área da saúde mental, demonstrando teoricamente, os avanços na assistência junto aos portadores de necessidades especiais, a quebra de velhos paradigmas, as ações multiprofissionais, o direito a cidadania, ou seja, elementos significativos na recuperação desses cidadãos. Construindo assim, a segunda seção deste estudo.

## 1. A Assistência Brasileira: Das Origens Neoliberal a LOAS

Com a crise do petróleo instaurada entre as décadas de 70 e 80 do século XX, os países capitalistas realizaram profundas transformações no aparelho estatal e na sociedade, principalmente no que concerne ao surgimento de novas tecnologias. Que contribuíram para uma reestruturação da economia capitalista, redefinições na hegemonia das grandes potências econômicas, amenizando os entres ideológico e principalmente, o surgimento da globalização de mercados.

Essas transições ocorridas no cenário mundial provocaram nos países de terceiro mundo, especialmente no Brasil, recessão, inflação, desvalorização cambial, desmonte da Legislação Trabalhista e conseqüentemente, um grande número de pessoas desempregadas, agravando-se a questão social e ampliando a exclusão social, ou seja, a inexistência de acesso aos mínimos sociais: saúde, educação, habitação, etc.

Em meados dos anos 80, paralelos às transições econômicas, a Assistência Social apresenta-se no cenário das políticas públicas como um caráter de direito social e como meio de ampliação da cidadania.

Com a crise do Estado de Bem-Estar-Social “Welfare State”, os seguidores do neoliberalismo formularam seu plano de política social, propondo a redução nos gastos estatais: privatização e seletividade. A política neoliberal entende a assistência como um atendimento somente aos pobres, porém seletivo. Afirma Leone (1999, p. 184):

*“A perspectiva da Assistência como uma volta ao atendimento somente aos pobres tem essa conotação porque nessas concepções a pobreza estrutural não existe. O que se afirma é a concepção do pobre como indivíduo que não acertou na vida e que, como tal, deve ser atendido, pois é uma exceção no jogo equilibrado do mercado. Por isso pode ser atendido localmente, por iniciativa privada, não lucrativa e voluntária”.*

Estrategicamente o Estado tem acionado a política de assistência social para enfrentar a questão social, porém, tradicionalmente a política de assistência foi marcada por distorções do sentido amplo, sobretudo na forma enraizada do paternalismo: da filantropia e pela escassez de recursos destinados área social. O

que se registra na história da assistência é o trato aparente, da ajuda pontual e personalizada a grupos de maior vulnerabilidade.

Visando transformar esse quadro histórico que marcou o assistencialismo e a filantropia no campo da política de assistência social brasileira, em 7 de dezembro de 1993, é sancionada a Lei de nº 8.742, a tão sonhada Lei Orgânica da Assistência Social, sendo esta, a última das legislações reguladoras das três políticas que compõem o sistema da Seguridade Social, criado pela Constituição Federal de 1988, onde o seu capítulo I dispõe sobre definições e outros objetivos:

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

E ainda aponta quanto aos objetivos da Política da Assistência:

*Art. 2º A Assistência Social tem por objetivos:*

*I – A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice;*

*II – O amparo às crianças e adolescentes carentes;*

*III – A promoção da integração ao mercado de trabalho;*

*IV – A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;*

*V – A garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.*

Conforme apresentado anteriormente, o parágrafo IV e V do Artigo 2º da LOAS, apresenta a assistência social direcionada ao segmento específico desse estudo: o portador de deficiência. Destacamos a importância de não limitar a assistência apenas à garantia de seguros sociais, mas garantir a criação de ações que promovam a ruptura da discriminação e do preconceito, principalmente, para com o deficiente mental.

A Assistência social percorreu caminhos conflituosos, vivendo permanente embate com as formas capitalistas de organização do social. A promoção dessa

política ao status de direito reconhecido legalmente pela Constituição de 1988, criou as condições de efetivamente serem executadas como uma política pública sujeita ao dever e a obrigação estatal. Afirma Ferreira, (1998, p. 33):

*A lei orgânica da assistência social é o instrumento legal que orienta as transformações que devem ser postas em prática a fim de materializar os direitos reconhecidos, assim como reorganizar o campo assistencial [...] Esta possui, assim, um significado à política assistencial pública assistemática, descontínua e inócua e indica os caminhos para a construção de uma política de assistência social que possa dar respostas mais efetivas e sistemáticas à questão da miséria e da pobreza que, no Brasil, assume proporções dramáticas.*

Os dispositivos que sistematizam as ações de assistência reforçam a aquisição de direitos sociais do indivíduo, enquanto processos de exercício de cidadania, necessitando serem reconhecidos efetivamente como direito constitucionalmente estabelecidos. A LOAS corporificou esses dispositivos constitucionais e legitimou um sistema descentralizado e participativo da assistência trazendo à tona a formação dos Conselhos de Assistência, nas três esferas: federal, estadual e municipal. Essa descentralização ainda que tímida, exige que os gestores locais entendam a política da assistência como uma política de direitos.

A abrangência da política de assistência registra a importância do compromisso profissional. Uma política que requer a interdisciplinidade de ações profissionais e efetivas a necessidade do profissional de Serviço social, nos órgãos gestores, nos municípios, em nível de conselho e implementação de programas e ações integradas com outras políticas que contemplam a seguridade social.

As ações do Assistente Social no campo da assistência, como efetivação da LOAS e a saúde mental se ampliaram, significativamente, no sentido de facilitar os processos de organização social da população e intervir diretamente em ações educativas voltadas para o resgate e a consolidação da cidadania.

## 1.1 O Portador de Necessidades Especiais e as Relações Familiares

Ao longo da história, o portador de necessidade especial foi visto como um ser incapaz devendo ser isolado por não possuir condições necessárias de contribuir produtivamente com a sociedade e o atendimento dado a ele era baseado em modelo médico assistencial, na qual o “doente” deveria ficar sob responsabilidade familiar ou interno em instituições “protegidas”, segregado do resto da população.

Somente a partir da segunda metade do século XX, meados da década de 50, com o surgimento da psicologia, da aprendizagem linguística, da análise experimental do comportamento e outras ciências afins, começaram a surgir propostas alternativas para o atendimento aos portadores de necessidades especiais, (GLAT, 1995). Porém, essas mudanças aconteceram com muita morosidade, considerando que os conceitos para tratamento, anteriormente trabalhados, com o aparecimento dessas disciplinas na área biopsicossocial, geraram a ruptura de conceitos retrógrados do portador de deficiência mental.

Glat (1995, p. 11), ao abordar sobre o tratamento tradicional ao portador de necessidade especial, afirma:

*Tradicionalmente o atendimento aos portadores de deficiência era realizado de maneira custodial e assistencialista. Baseada em um modelo médico, a deficiência era vista como crônica e o deficiente como um ser inválido e incapaz, que pouco poderia contribuir com a sociedade.*

Vivemos em uma sociedade onde falar de necessidades especiais ou deficiência é imaginar alguns estereótipos ligados às pessoas incapazes e por conta disso, discriminadas pela sociedade. Estes se apresentam imediatamente no pensamento do indivíduo, enraizados pelos próprios valores impostos pelo tipo de sociedade desigual, composta de ricos e pobres, empresários e trabalhadores assalariados e um grande número de pessoas que não tiveram oportunidade de acesso ao mercado de trabalho. Todas estas diferenças são representadas devido aos valores culturais que são estabelecidos, advindo de uma ideologia que

se sobrepõe e se legitima diante das relações de produção e trabalho. Afirma Ribas (1998, p.16):

*Toda pessoa considerada fora das normas e das regras estabelecidas é uma pessoa estigmatizada. Na realidade, é importante perceber que o estigma não será na pessoa ou, nesta deficiência que ela possa apresentar. Em sentido inverso, são valores culturais estabelecidos que permitem identificar quais pessoas são pessoas estigmatizadas.*

A sociedade determina o que se estabelece como estigma de acordo com algo que exprima diferenças entre portadores de necessidades especiais e as demais pessoas. A aceitação do deficiente sempre esteve bloqueada por estabelecidos, principalmente, quando a deficiência é visível. Esta mesma sociedade que discrimina, não assume tal conduta, pois, os portadores de deficiência não são excluídos da sociedade “automaticamente”, considerando que impõe a “integração”, quando dispõe em suas leis que todos os cidadãos são iguais e devem está incluso no convívio social. Essa dicotomia entre o que é proposto e o que se apresenta na prática representa a complexidade da temática, diante do contexto histórico de uma sociedade excludente, que apesar de ordenar juridicamente a igualdade de direitos, relega ao segundo plano o portador de necessidades especial.

Apesar dos dispositivos legais que garante tratamento igualitário a todo cidadão, existe, na sociedade, inúmeras situações onde se estabelecem diferenças entre as pessoas consideradas “normais” e aquelas que são vítimas de necessidades especiais: os transportes coletivos sem adequações de uso para pessoas portadoras de deficiência; os concursos públicos com exigências que bloqueiam a participação de todos, exemplo de exames físicos e de aptidões bloqueadoras de acesso ao portador de deficiência, entre outros. Tal quadro nos remete a perceber a complexidade da problemática e as definições no trato com as necessidades especiais.

Para Ribas (1998), o indivíduo vive em constante interação com os valores culturais que ele adquire no seu meio, formando uma rede de sentimentos, preocupações e conseqüentes ações, porém, se sobrepõem os valores dominantes que se perpetuam e se massificam no interior da sociedade.

Reportando-nos ao portador de necessidades especiais, os problemas decorrentes da aceitação diante das limitações postas a ele iniciam-se no seio familiar e se alastram no decorrer da sua vida, não impostos pela incapacidade física ou mental, mas pelos valores sociocultural dos que os cercam, colocando-o numa situação de inferioridade e subjugação. A família, que é considerada núcleo fundamental para os indivíduos e referência social e psíquica do ser humano, por representar o primeiro grupo de que se faz, também carrega uma gama de estereótipos decorrentes dos valores culturais adquiridos, gerando preconceitos e discriminações para com o deficiente.

O surgimento de entidades de apoio não conseguiu superar a raiz da discriminação, muitas vezes limitando-se às reivindicações específicas e esquecendo-se de desmistificar os estigmas no seio da sociedade, visando evitar a perpetuação dos preconceitos.

Hoje, após sessenta e quatro anos da criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos do Homem, implantada pela Assembleia das Nações Unidas, em 1948. Em nosso país a Constituição Federal de 1988, quarenta anos depois, dispôs direitos igualitários a todo cidadão, responsabilizando o estado e a sociedade em romper com a discriminação e o preconceito, não permitindo desigualdades de direitos. Portanto, a assistência social apesar de ser garantida juridicamente, é seletiva, limitando-se a apenas uma pequena parcela dos chamados “desamparados” ou “necessitados”, sendo este seguimento definido como aquele que está em condições de fragilidade física associada à economia.

No Brasil o I Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, realizado no ano de 1980, foi o primeiro passo para a consolidação das normas constitucionais de 1988, avançando nas questões dos direitos e garantias individuais. Entretanto, ainda é preciso fazer muito para que a sociedade rompa com os estigmas estabelecidos no transcorrer da sua história com referência à igualdade de direitos para com o portador de deficiência física ou mental.

Por conseguinte, a grande deficiência que marca a história da sociedade brasileira é a “deficiência social”, que é a privação do direito de todos e qualquer cidadão, agravando-se em maior proporção para aqueles acometidos de problemas que limitam suas capacidades físicas e ou mental.

As dificuldades são inúmeras para a sobrevivência do portador de deficiência, porém, as mudanças de valores acontecerão, paulatinamente, quando a sociedade não se mostrar indiferente diante da problemática, abrindo espaços para que o portador de deficiência extravase suas potencialidades, fazendo parte do processo educacional, do mercado de trabalho e do contexto social.

Em toda história, o doente mental foi vítima de discriminação e de tratamentos em manicômios, em condições subumanas, quartos sujos, desconfortáveis, uso de medicamento emissores, tornando-se uma pessoa apática e distante da realidade, enclausurado em hospitais. Atualmente, uma nova conduta, ainda que incipiente, retoma novas formas de tratamento, com reformas hospitalares na rede pública, bem como, o reconhecimento da importância do tratamento pós-crise em domicílio. Afirma Amaral (2004, p. 18): *“De todo modo não se alimentam mais ilusões quanto a transitoriedade e o caráter excepcional que deve ter a internação enquanto alternativa terapêutica. Há um razoável consenso enquanto à proposta de se enfatizar o atendimento extra-hospitalar nos centros de saúde, na rede de atenção primária”*.

Assim, fica evidente que o doente mental necessita que novas posturas sejam direcionadas na sociedade no sentido de romper com o processo discriminatório e alargar a aceitabilidade, não se limitando apenas às mudanças na rede de atendimento hospitalar e ambulatorial, mas, em processos educativos que promovam inserção do doente mental no convívio social.

O apoio da família em acompanhar e compreender a problemática passou a partir das novas posturas de tratamento implementadas, a ser essencial para o sucesso das ações terapêuticas junto ao doente mental, tanto pelo seu papel no âmbito das relações sociais, quanto no âmbito emocional na vida de cada um de seus membros.

A família é entendida nesse estudo como um grupo social capaz de favorecer o desenvolvimento da personalidade do portador de deficiência, a expressar sentimentos e a relacionar-se com a sociedade mais ampla.

Essa concepção de família é válida para os que possuem portadores de deficiência mental entre seus membros. Quando as famílias possuem um ou mais membros vitimados de necessidades especiais por carregarem distúrbio mental, sabe-se que, na maioria, estas não estão preparadas para dar uma assistência adequada, fruto de valores estabelecidos através de um processo ideológico

instaurado no interior da sociedade. A rejeição passa a instaurar-se desde o nascimento e se perpetua pelos anos seguintes, após a constatação da problemática, passando a envergonhar-se e até mesmo evitar a exposição do deficiente à sociedade. Araújo (1995, p. 52) afirma: *“Instalada a deficiência [...] pode acarretar [...] superproteção; segregação; piedade; rejeição; e simulação”*. A reprodução dessa relação está apoiada em mecanismos e instituições sociais que legitimam e reproduzem essas mesmas relações, dificultando a ruptura desses estigmas que são adquiridos enquanto produtos das relações sociais.

A exclusão do portador de doença mental aguça-se devido a sua impossibilidade de produção, que o leva à rotulação de ser um deficiente mental, louco, ou até mesmo marginal, reproduzindo o seu espaço aos manicômios e prisões, devido às suas características físicas, comportamentais, ou mesmo raciais, não sendo possibilitados a aderir aos padrões considerados desejáveis ou normais em sua comunidade. Partindo dessa perspectiva, afirma Glat (1995, p.16): *“A segregação do deficiente é entendida em termos da sua não produtividade: por não contribuírem economicamente com o sistema eles são marginalizados e reduzidos à categoria de cidadão de segunda classe ou seres humanos inferiores”*.

Afirmando o pensamento de Glat (1995), o indivíduo que não corresponde às expectativas grupais é considerado anormal (fora de norma), e conseqüentemente excluído total ou parcial do convívio social. Por conseguinte, devido ao rótulo de “anormal”, todas as atitudes e comportamentos deste indivíduo, são vistos a partir do referencial da “anormalidade”, sua personalidade ou maneira no mundo será sempre considerada “anormal”. E este é o grande drama dos portadores de deficiência mental, conforme afirma (Glat, 1996, p.17):

*A partir do momento em que alguém é identificado (ou diagnosticado) como desviante ou anormal, todas as suas outras características ou atributos são submetidos, e ele passa a ser visto unicamente em termos de categoria estigmatizante [...] Ele [...] é citado como um negro, um aidético, um deficiente mental, e não como uma pessoa que entre outras características, é da raça negra, é portadora do HIV, ou tem dificuldade cognitiva.*

Quando reforçamos o preconceito social diante dos rótulos de anormalidade do portador de necessidades especiais, não queremos afirmar que este não possua limitações, as deficiências impõem impedimentos reais ao indivíduo, porém, elas funcionam em nível muito baixo de autonomia e inserção social do que seria permitido por sua capacidade orgânica. (Glat, 1996, p. 18).

Apesar dos esforços de familiares em inserir o portador de necessidades especiais ao convívio social através da família, o mesmo é visto como incapaz de analisar sua vida e expressar seus sentimentos. Na maioria das vezes é colocado em isolamento, sem considerarem o que pensa ou deseja. As pessoas portadoras de deficiência mental apresenta-se, via de regra, muito dependente de seus pais ou responsáveis, mesmo na idade adulta. Até porque são eles quem os sustentam e decidem o que devem fazer, ou não fazer. Entretanto, esta dependência familiar do portador de necessidades especiais nem sempre justifica, conforme afirma (Glat, 1996, p. 89-90):

*A dependência intrínseca do indivíduo – suas dificuldades intelectuais e/ou motoras – não é na maioria dos casos tão grave a ponto de impedir sua participação na vida da comunidade, pelo menos parcialmente [...] os pais, por seu lado, também se tornam dependentes desses filhos deficientes, a ponto da totalidade de suas vidas passar a girar em torno da criança (ou do adulto, quando eles crescem) [...] Esta dependência familiar mútua [...] prejudica o crescimento emocional do indivíduo portador de deficiência (e dos próprios pais).*

A família desempenha um papel único na estimulação e na integração social dos portadores de problemas mentais. A necessidade de programas de assistência capazes de promover processos educativos no sentido de potencializar o desenvolvimento desse segmento poderá vir a promover uma melhor qualidade de vida para o portador de necessidades especiais decorrentes de problemas mentais. A constatação dos efeitos da compreensão e do apoio da família sobre a vida do deficiente se dá conforme a família trata a problemática.

## 2. O Movimento de Saúde Mental e o Serviço Social

### 2.1 A Reforma Psiquiátrica

A quebra de velhos paradigmas da saúde mental, que a relacionava com os manicômios e o isolamento, tem transformado a atenção em saúde mental para um enfoque baseado na atenção comunitária, apoiada na disponibilidade de leitos para casos agudos em hospitais gerais.

Esse processo histórico de formulação, crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento de elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria é apontado como responsável pelo surgimento da reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o “doente”.

Falar em reforma psiquiátrica pressupõe falar na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada de vários serviços assistenciais de atenção primária, sanitária e sociais, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, núcleo de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja, uma reversão do modelo hospitalocêntrico, por esta rede de serviços assistenciais, comprometidos com as condições do sentido da existência do sujeito com problemas, visionando sua melhor condição de vida.

Esta rede, em contraposição aos manicômios, constitui-se uma das alternativas propostas e consolidadas na Itália, em que o centro de saúde mental, estruturas complexas que funcionam 24h por dia, construído a partir da necessidade do povo e referência para a saúde da população assume, segundo Barros apud Leone (1999, p. 58):

*[...] um caráter médico ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital dia) ou noturna (hospital noite), serviço socioassistencial*

*(alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro e um lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios.*

Como alternativa ao trabalho, os italianos destacam as cooperativas, com a proposta de empresa social, como uma atividade possibilitadora real de sentido de vida e cidadania, isto é, fazendo sentido na existência da pessoa. A influência internacional, advinda das correntes italiana, britânica e americana, o processo de críticas ao governo militar vigente e, principalmente, as denúncias pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, de torturas, corrupções e fraudes no sistema nacional de assistência psiquiátrica, ocorridas no final da década de 70 e início dos anos 80, do século passado, constituíram-se, definitivamente num marco histórico na psiquiatria brasileira.

A conjuntura dos movimentos sociais, com o movimento de luta antimanicomial, avança no processo de discussão de reestruturação da atenção à saúde mental, ampliando e diversificando a palavra “atenção”, que nesta ótica ultrapassa os limites dos atendimentos feitos em instituições psiquiátricas com a farmacoterapia.

Sabidamente, a reforma psiquiátrica, pressupõe várias mudanças. Uma delas é a capacidade e disposição do familiar e da comunidade em conviver com o portador de sofrimento mental, uma vez que é nestes ambientes que, efetivamente, deverá ocorrer a principal reforma. A reforma do olhar o mesmo cenário com outros olhos, visto que a miséria, as condições socioeconômicas, o desemprego continuam presentes, implica em vê-los como cidadãos com direitos e deveres implícitos a dignidade humana. O investimento constante na partilha desta problemática, através do conhecimento da legislação específica, da participação e criação das assembleias de bairro, serviços substitutivos em quantidade e qualidade efetivos, fóruns de debates permanentes, cooperativas, investimentos financeiros das antigas internações em processos educacionais, entre outros, possibilitará que a sociedade civil se organize e consolide a quebra de rótulos, estigmas e poderes do saber. Uma comunidade que entenda e

compreenda o processo do sofrimento mental, torna-se importante no processo de transformação e escalonamento de qualquer ação positiva.

A atenção à saúde mental deve ser não somente local e acessível, como também estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos. Devem visar a autonomia do usuário e usar técnicas que permitam às pessoas com distúrbios mentais aumentar suas aptidões de autocuidado, incorporando o ambiente social informal da família, bem como de mecanismos de apoio formais.

## **2.2 A Emergência do Serviço Social na Área da Saúde Mental**

Buscamos destacar a importância da atuação do Serviço Social, através dos programas sócioassistenciais inseridos nas instituições que são direcionadas ao atendimento aos portadores do distúrbio mental, para que possam resgatar o sentido da autonomia, através de ações interdisciplinares.

O Serviço Social desenvolve atividades sócioeducativas e culturais, visando a inclusão social dos pacientes e familiares, que vão desde orientações sociais, consultas e pareceres que possam contribuir com a inserção do paciente em programas e projetos sociais voltados para o desenvolvimento da cidadania. Neste sentido, Pereira (2000, p. 254) analisa como o profissional deve atuar diante desta demanda:

*“É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquela possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participa da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).”*

As necessidades das pessoas portadoras de distúrbios mentais e seus familiares, são variadas e divergem em diferentes etapas da doença, o que denota a necessidade de uma gama de serviços e de ações que permitam o seu atendimento, compreendendo a atuação do Serviço Social visando à promoção e a garantia dos direitos sociais ao portador de distúrbio mental assim como à sua família.

Todavia, o profissional do Serviço Social, está comprometido com a construção dos projetos de inserção social, equidade e integralidade, tendo em vista os princípios de cidadania, objetivando minimizar o estigma e o preconceito sobre o doente mental. Os serviços assistenciais buscam promover não somente a melhor qualidade de vida aos portadores de sofrimento psíquico no âmbito social e comunitário mas também no âmbito familiar.

### **Considerações finais**

A atual Política de Saúde Mental tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais terapêuticos (STRs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e ainda incluir as ações de saúde mental na atenção básica.

Para tal, faz-se necessário manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e ainda, o apoio dos governos em todas as esferas e da sociedade de modo geral, no sentido de avaliar continuamente os hospitais psiquiátricos e as posturas no cuidado com o usuário.

Vivemos hoje, um cenário onde a tendência está centrada na reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária, considerando que a saúde mental precisa ser entendida como um problema de saúde pública.

Alguns desafios precisam ser colocados em pauta para viabilizar uma política de saúde mental que garanta os direitos dos usuários, primeiramente, o

seu fortalecimento, voltando-se o cuidado para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, com a violência e com o desemprego; aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental.

Esses desafios precisam gradativamente serem conquistados e compreendidos pela sociedade, pois, somente assim, conseguiremos num amplo coletivo, amenizar os tensionamentos e garantir o atendimento integral, humanitário, com eficiência e eficácia, fazendo valer os princípios e diretrizes do SUS.

**Abstract:** This article titled "The Social Service as a mediator in the rehabilitation of people with special needs in focus: mental retardation, aims to analyze the importance of the role of the social worker with the mental disorders. This study aims to provide an approximation about the reality experienced by patients with mental disabilities and the work executed with his family related to the intervention of professional Social Work towards the achievement of autonomy, empowerment of individuals, fairness, integrity, the struggle for the realization of their rights and inclusion of people with intellectual disabilities and their families in society, and thus can enjoy their rights as citizens.

**Key-words:** Mental Disability, Social Worker, Family; citizens.

## Referências

ARRUDA, Márcia de Moraes. Um olhar para a família especial. Cadernos de Comunicações Trabalho e Projeto Ético Político Profissional. IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. VOL. I, Nº 09, julho, 1998.

AMARANTE, Paulo (Coord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BETTO, Frei, Da privatização à socialização do sonho, plural. Florianópolis, n.1,p.37/43,jul.dez.,1991.

FERREIRA, Ivanete Boschetti. Seguridade Social e Trabalho: os paradoxos do complexo previdenciário-assistencial brasileiro. Caderno de Comunicações Trabalho e Projeto ético Político Profissional. IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. VOL. I, N06, julho, 1998.

GLAT, Rosana, CÂNDIDA, Rute. Sexualidade e deficiência mental: refletindo o debate sobre o tema. Questões Atuais em Educação Especial. VOL. II, Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996.

LEONE, Eder Bráulio. Psiquiatrização/despsiquiatrização do social: balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental no período de 1990 a 1997. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em sociologia Política da universidade Federal de santa Catarina. Florianópolis, 1999.

MILES, Agnes. O doente mental na sociedade contemporânea. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

PEIXOTO, Geraldo. Considerações sobre a reforma psiquiátrica. Revista Saúde Mental Coletiva, ano III – nº 3, 1997.

REMEN, Rachel N., Histórias que curam. São Paulo: Agoras, 1998.

ROTELLI, Franco A instituição negada. In: NICÁCIO, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

RIBAS, João Batista Cintra. O que é pessoa deficiente. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1998.

ROBERT. Cinthia (Org.) et. Al O direito do deficiente. Série Direitos Especiais. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.

SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. Os direitos (dos desassistidos) sociais. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.