

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Reabilitação psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento  
dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar ao inclusão social**

**RENATA EMANUELLA CARDOSO**

**Florianópolis**

**Dezembro de 2004**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO SÓCIO - ECONÔMICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Reabilitação psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar a inclusão social**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Assistente Social, orientado pela professora Ana Luiza de Lyra Vaz.**

**RENATA EMANUELLA CARDOSO**

  
Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

**Florianópolis**

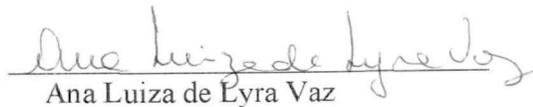
**Dezembro de 2004**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 07/12/04

**RENATA EMANUELLA CARDOSO**

**Reabilitação psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar a inclusão social**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento De Serviço Social, Centro Sócio –Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

  
Ana Luiza de Lyra Vaz

  
Elisia Puel

  
Juçara Couto Lima

Florianópolis , dezembro de 2004.

## **AGRADECIMENTOS**

*Gostaria de agradecer a todos que de certa forma me auxiliaram na produção deste trabalho.*

*À minha família que me apoiou nesta jornada.*

*Aos meus pais que com todo amor sempre me incentivaram na minha formação profissional.*

*À minha amiga, irmã e colega de profissão Roberta que sempre exemplificou com suas ações a importância do profissional de serviço social e sua postura ética.*

*À minha tia e também colega de profissão Ilma, por colaborar na minha formação.*

*À minha madrinha Lila, pela forma generosa de ensinar.*

*À minha Tia Anécia, por ter caminhado de mãos dadas comigo na minha primeira grande batalha, a luta pela vida.*

*Ao tio Mauro meu médico, amigo e anjo da guarda.*

*À minha professora e amiga Káthia Muller, pelo carinho e pelas orações. Aos meus irmãos Anelise, Guilherme e Gabriel por estarem sempre presentes me apoiando e me dando forças para continuar.*

*As minhas amigas Anna, Taty, Karen, por estarem presentes nos momentos felizes e difíceis da minha vida e trajetória acadêmica.*

*As minhas colegas de profissão , Rita, Jucília , Juçara por despertarem em mim o amor pela causa*

*Mas, sobretudo, quero dedicar este trabalho à minha avó Anna que com toda sua simplicidade e sabedoria me ensinou que o amor, o carinho e a compreensão é o tratamento mais efetivo para os portadores de transtornos mentais.*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 HISTÓRICO DA LOUCURA E DA EXCLUSÃO SOCIAL</b> .....	8
2.1 A reforma psiquiátrica no Brasil e sua repercussão em Santa Catarina .....	11
2.2 A Saúde Mental no Brasil sob um novo prisma .....	17
<b>3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO</b> .....	23
<b>3.1 Objetivos gerais da Instituição</b> .....	26
3.1.1 Modo de Funcionamento .....	26
3.1.2 Procedimentos para internação.....	27
3.1.3 O Internamento .....	28
3.1.4 Equipe profissional Multidisciplinar .....	29
<b>3.2 O serviço social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico</b> .....	31
3.2.1 Plano de atuação do Serviço Social .....	34
3.2.2 Plantão do Serviço Social .....	36
3.2.3 Atividades e programas desenvolvidos pelo serviço social no HCTP .....	37
<b>3.3 GRUPOS OPERATIVOS – Espaços de aprendizagem como estagiária</b> .....	41
<b>3.4 O trabalho de reabilitação psicossocial e a percepção dos atores envolvidos</b> .....	45
3.4.1 A representação do processo doença/ reabilitação para os familiares .....	47
3.4.2 A representação do processo doença/ reabilitação para os pacientes .....	51
3.4.3 A representação do processo doença/ reabilitação para os profissionais .....	54
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	61

## RESUMO

O presente trabalho trata da análise de alguns aspectos do histórico da loucura, da reforma psiquiátrica e do trabalho de reabilitação psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Efetivar os direitos dos portadores de sofrimento mental, reintegrando-os socialmente e desfazendo a cultura manicomial, tem sido a preocupação das novas políticas de saúde mental, que pretende desfazer o preconceito em relação à loucura em vez de isolar os "loucos". A proposta é aproximá-los da sociedade, com atendimento ambulatorial e oferta de atividades lúdicas e artísticas e reabilitadoras.

O trabalho de reabilitação psicossocial se amplia, adquirindo o sentido de cuidar da pessoa de uma forma mais ampla, atingindo áreas biopsicossociais. Por consequência, a relação terapêutica passa a se ocupar de questões econômicas, afetivas, jurídicas, trabalhistas, tornando mais complexa a profissionalidade dos operadores.

Nessa ótica, a organização da assistência tem como foco os serviços substitutivos ao modelo centrado na doença, com o redirecionamento dos recursos antes destinados ao modelo **hospitalocêntrico**.

A questão da loucura deixa de ser preocupação exclusiva dos técnicos e passa a envolver a comunidade, pois se trata de encontrar para o "louco" um lugar na sociedade, que não seja a exclusão e tutela. Mudanças são percebidas como sendo necessárias, de tal forma que a assistência vá ao encontro das necessidades do usuário, não só no tocante ao controle dos sintomas, mas também enfrentando as questões do viver em sociedade. Nosso trabalho tem como prioridade então debater algumas categorias que permeiam o universo da história da loucura desde seu aparecimento

**Palavras-chave:** loucura, reabilitação psicossocial, cidadania.

**O modelo hospitalocêntrico:** O modelo tradicional constava de longas internações, precário seguimento ambulatorial e a quase total ausência de programas de reabilitação, o que fazia com que os doentes reagudisassem em curto espaço de tempo e retornassem aos hospitais, fechando assim um ciclo em que o paciente vai progressivamente perdendo os seus já restritos vínculos com a família e a sociedade.

O modelo hospitalocêntrico era anacrônico, desumano e ineficiente. Por outro lado, simplesmente ignorar o problema, fechando os hospitais e deixando a cargo das famílias os cuidados de que os doentes necessitavam, sem lhes dar o auxílio necessário, foi fechar os olhos para uma realidade que não se muda por decreto.

## 1 INTRODUÇÃO

Nosso objeto de análise no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como estagiária é a reabilitação psicossocial e a construção da cidadania do portador de transtorno mental internado nessa Instituição.

A escolha por este tema surgiu pela vivência acadêmica no decorrer de dois anos (1999-2001) de estágio prático supervisionado dentro de uma instituição de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no campo do trabalho social.

Na tentativa de relacionar a prática do serviço social e o processo de reabilitação psicossocial, buscamos relatar todas as ações dos profissionais que visam promover e intervir no campo da construção da cidadania e inclusão social.

A reabilitação psicossocial torna-se um instrumento importante na prática do Serviço Social, pois é um conjunto de ações desenvolvidas na ajuda aos portadores de transtorno mental e seus familiares, tendo por base uma intervenção sócio-familiar, sócio-profissional e tendo em vista a promoção da auto-estima, da autoconfiança, da estabilidade social e familiar e do resgate de habilidades.

Diante desse contexto, tornou-se necessário abordar no primeiro capítulo deste trabalho o histórico da doença mental e da exclusão e o processo de reestruturação na assistência psiquiátrica brasileira.

Esse tema torna-se importante no sentido em que se possa compreender e situar dentro da trajetória histórica da doença mental o surgimento dos manicômios e hospitais psiquiátricos, mostrando toda a evolução nos últimos tempos, quando o portador de transtornos mentais deixa de ser considerado um ser incapaz, passando ser visto como um cidadão de direitos.

No segundo capítulo, apresentaremos a trajetória histórica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o trabalho de reabilitação psicossocial. Abordaremos a prática do Serviço Social na instituição e relataremos a experiência como estagiária, evidenciando a importância do trabalho de reabilitação psicossocial, a partir da representação de cada ator envolvido, que são os familiares, os pacientes e os profissionais.

## 2 HISTÓRICO DA LOUCURA E DA EXCLUSÃO SOCIAL

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais refletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores (RESENDE, 1987, p. 30).

A fim de demonstrar uma relação entre a trajetória da doença mental e a sua condição atual respaldada em uma política de saúde mental, tornou-se necessário descrever um breve histórico da loucura relatado nesse primeiro capítulo, tendo como embasamento pesquisas bibliográficas ressaltando que nosso trabalho foi norteador pelos textos de Michael Foucault.

Buscamos uma construção teórica para fundamentar algumas questões relacionadas à loucura, a história da Psiquiatria no Brasil e suas repercussões em Santa Catarina e a construção das políticas de saúde mental.

Percorrer o caminho da história da loucura e suas várias representações sociais é uma forma de entender e compreender por que esses indivíduos foram afastados do nosso convívio, não sendo possível conhecê-los. Ao longo da história humana os comportamentos desviantes dos membros do grupo foram absolvidos e interpretados de maneiras diferentes. Segundo Gomes (2001), a loucura tinha uma grande extensão sem medidas estáveis, varia de acordo com a época, pelo menos em duas dimensões visíveis, ora permanece implícita, desvinculada da sociedade (não faz parte da cultura do momento), ora emerge largamente e integra-se facilmente a toda paisagem cultural.

Vestígios de loucura já se tornavam visíveis nas tribos primitivas. Nos primórdios, o homem atribuía todas as doenças à ação de forças externas ao corpo humano, forças sobrenaturais como os maus espíritos, os bruxos, os demônios, os deuses.

Conforme Foucault (1997), essas explicações demonológicas eram particularmente usadas para explicar doenças que afetavam a conduta, ou seja, as doenças mentais. Assim,

aqueles que apresentavam um tipo de comportamento diferente foram denominados feiticeiros, bruxos, possuídos, psicopatas, e, dependendo da época, foram considerados seres sagrados ou queimados vivos em fogueiras.

Reportando-nos à Idade Média, as regras sociais funcionavam de acordo com os desígnios de Deus. Os insanos, bem como os retardados e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que assim procuravam expiar seus pecados.

A doença mental se traduzia em um relacionamento defeituoso entre homem e Deus. Foucault (1997) afirma que a doença mental era vista como um castigo por faltas morais e pecados cometidos, ou provocada pela penetração de um espírito maligno no organismo do indivíduo ou, ainda, pela evasão da alma do corpo da pessoa.

Doentes com distúrbios mentais mais graves ou mais agressivos eram flagelados, acorrentados, escorraçados, submetidos a jejuns prolongados, sob a alegação de estarem possuídos pelos demônios, podendo até ser queimados, por serem considerados feiticeiros. Nesse período da história, de acordo com Foucault (1997), não se deve considerar que tenha existido uma “história da loucura”, mas uma história das idéias religiosas.

Do século XIV ao século XVII, a exclusão de indivíduos é uma prática constante, isto é, há a eliminação de pessoas indesejadas do convívio social, seja enviando-as em embarcações marinhas, seja fechando-as em celas e calabouços, asilos e hospitais.

Com o advento da Idade Moderna, os indivíduos considerados “loucos” passam a ser excluídos por motivos de improdutividade. “Basta não produzir para ser considerado louco nesta sociedade” (GOMES, p. 4, 2001).

A ‘loucura’ passa a ser compreendida pela “razão”, ou seja, numa sociedade onde todos deveriam fazer parte do processo produtivo, o portador de transtorno mental era visto como inadaptável e perturbador da ordem vigente (CARDOSO, 2000, p. 6).

A loucura toma o lugar da lepra no quesito exclusão e segregação. Aos alienados destinava-se um outro espaço fora do convívio da sociedade. Criaram-se, então, casas de internamento como o Hospital Geral, que substituíram os leprosários, tendo o papel de assistência e repressão.

A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambigüidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens (Michel Foucault, 1997, p.14).

Esse gesto desumano de aprisionamento não tinha mais um motivo simples: tinha significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais.

Ocorrem internamentos maciços, pois não se tinha a preocupação médica que se supõe ter hoje com a cura; era, antes, condenação da ociosidade.

Os hospícios eram instituições cuja tarefa impedia a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens (RESENDE, 1987).

A loucura se encontrava ainda atrelada ao pecado, une-se o desatino à culpabilidade.

A dificuldade de aceitar o diferente, de compreender o outro, de respeitar a singularidade de cada ser humano, são marcas de uma sociedade massificada, onde todos devem ser iguais, enquanto deveríamos ter resguardada a igualdade.

O manicômio psiquiátrico surge, mesmo antes de a Psiquiatria firmar-se como especialidade médica, com o desenvolvimento do modelo capitalista.

De acordo com Resende (1987), com o capitalismo a doença se fortalece, torna-se fonte de lucros e se consolida pelo uso irrestrito de psicotrópicos. A elite no poder continua a produzir lucros e, cada vez mais, se distancia do sofredor mental e de sua reinserção social.

A história da loucura, assim contada, atribui à sociedade altamente produtiva a criação do louco, do marginal, que em nosso imaginário se apresenta como uma figura que não pode participar do convívio social, por se considerar um ser macabro.

## 2.1 A reforma psiquiátrica no Brasil e sua repercussão em Santa Catarina

Na tentativa de identificar o processo histórico da reestruturação da atenção à Psiquiatria, e as transformações no campo da saúde mental, torna-se importante resgatar alguns fatos históricos que fomentaram ações e geraram a reforma psiquiátrica no Brasil.

A trajetória da assistência psiquiátrica brasileira é marcada por isolamentos, terapêuticas repressoras e desumanas.

No Brasil, a princípio, a forma de tratar a loucura era encerrando os doentes em casa numa tentativa de calar questões referentes à saúde mental.

No Brasil Colônia, o louco une-se a uma camada da sociedade considerada inadaptada, como os negros, os desempregados e os criminosos, sofrendo as mesmas discriminações e sendo confinados nos porões das Santas Casas.

Vários são os relatos de maus tratos, e na época eram praticamente inexistentes alternativas de assistência. De acordo com Resende (1987), a Psiquiatria brasileira, nessa época, pode ser descrita por uma expressão: *exclusão*.

No final do século XVII, nas ruas a presença da doença mental se fazia notar, devido às pressões da sociedade da época, o estado Imperial inaugurou o primeiro hospício criado em 1852, no Rio de Janeiro, por D. Pedro II.

A partir daí, começaram a surgir inúmeras Santas Casas, asilos, manicômios e, após a proclamação da República, a Psiquiatria passou a ter uma conotação mais científica.

Esse fato é considerado por vários autores como sendo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira.

De acordo com Gomes (2001), com a proclamação da República e a separação da Igreja e o Estado, surgiu a possibilidade de passar a direção das instituições psiquiátricas para os médicos. Paralelamente aumenta o número de médicos voltados à Psiquiatria.

Em 1919, surge uma abordagem psicanalítica para auxiliar o tratamento psiquiátrico, dando início a uma nova visão.

Concomitantemente inaugura-se o curso de Clínica Psiquiátrica, na Faculdade de Medicina da São Paulo, e, por meio dos fragmentos do discurso de Franco da Rocha, podemos ter noção do pensamento que norteava a Psiquiatria na época:

[...] O criminoso, o neurótico e o poeta podem manifestar, portanto, excesso de virilidade, de erotismo, isso pouco importa; o que lhes falta é a capacidade de amar. Essa incapacidade age ocultamente no subconsciente sobre a mentalidade dessas criaturas e lhes dá uma intuição de inferioridade que perenemente as persegue. O poeta, como o neurótico e o criminoso, é grande no desprezo da humanidade, pequeno, porém, no amor. Existe nele, por isso, um infinito anseio de amor que impele sem cessar à busca dessa sombra fugitiva. O amor é a idéia suprema que o poeta nunca atinge (SANTOS, 1994, p. 6).

Nesses primeiros quarenta anos de tratamento psiquiátrico no Brasil, as instituições psiquiátricas foram administradas por leigos, e a assistência era prestada empiricamente, na maioria das vezes, por religiosos. Segundo Rezende (1990), os médicos se faziam representar em pequeno número nas instituições e tinham pouca influência nas questões administrativas, assim como na seleção da clientela dos hospitais.

Na tentativa de retomar a tutela sobre a questão da saúde e a doença mental, a classe médica passa a se preocupar com as situações vivenciadas pelos portadores de sofrimento psíquico, bem como os critérios de seleção de clientela o que evidenciava sua função exclusivamente segregadora.

A década de 50 foi marcada pela superlotação nos asilos, provocando a construção de novos hospitais psiquiátricos.

As instituições continuavam a recolher os marginalizados, os que eram considerados inofensivos podiam andar livremente pelas cidades, sujeitos a serem ridicularizados pelo povo e vivendo de esmolas, não recebendo assistência. Aos portadores de transtorno mental que apresentavam comportamento violento, ou considerado indecoroso, restava o recolhimento às prisões compartilhando o destino com criminosos (CARDOSO, p. 7, 2000).

Após o Golpe Militar de 1964, inicia-se um novo período na Psiquiatria, marcado pela criação de instituições psiquiátricas, que desaceleram o crescimento das instituições públicas dessa natureza. Nesse período, o Estado passa a destinar verbas para a manutenção da rede privada de assistência psiquiátrica, com o argumento de que o tratamento prestado nessas instituições era melhor. Entretanto, o desvio de verbas acabou fomentando a criação de uma verdadeira “indústria da loucura”.

No Brasil, o que se vê ao longo da história do tratamento psiquiátrico como afirma Gomes (2001) é uma sucessão de iniciativas que mais buscavam manter o controle social do que tratar os portadores de transtornos mentais.

Na obra *A psiquiatria Alternativa*, o famoso psiquiatra italiano Franco Basaglia relata sua visita ao Brasil e o horror deste ao se deparar com o tratamento dispensado aos pacientes num centro hospitalar:

Basaglia que neste dia vira uma situação que ele próprio chama de “pior que um campo de concentração”, comove a platéia. Ele viu mil e seiscentas pessoas em pátios imundos , caídos no meio das fezes , nuas algemadas (...)ouviu frias afirmações : frente a um doente que você sabe que nem psicotrópicos ,nem qualquer outro tratamento tem efeito ,a solução é usar o método medieval:algemas e' pegemas” e deixá-lo apodrecer numa cela até que apareça um neurocirurgião que transforme essa pessoa tirando-lhe a vontade e as emoções ,num ser vegetativo (BASAGLIA 1979, P.137)

Durante os anos 70, ocorreram movimentos sociais na América Latina e no Brasil, que buscavam direcionar propostas de reformulação e reorganização da política de saúde mental, tendo como prioridade humanizar o tratamento do paciente. Contudo torna-se importante ressaltar que as instituições psiquiátricas continuavam a utilizar o paciente, pois, como afirma Berg (1994), a finalidade era o lucro em nome da ordem social.

Um grupo que impulsionou discussões no sentido da desinstitucionalização foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciado em 1970. Tinha como proposta a luta contra a privatização da saúde e a reformulação do modo assistencial.

Esse processo mobilizou atores envolvidos no sistema de ação na tentativa de transformações na relação de poder. Um dos conceitos mais importantes desse Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental é o de ressocialização, reforçando a idéia de desmontar os dispositivos institucionais de cronificação que são, de acordo com Delgado (1987), o tratamento impessoal, o abuso de psicofármacos, o distanciamento da realidade social e familiar entre outros.

Em 1987, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência de Saúde Mental. O documento final desse evento tinha em seu corpo de texto uma análise relacionada às desigualdades sociais, o aumento da morbidade, adotando novos conceitos de saúde, reiterando a implementação da reforma sanitária, propondo então a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüentemente a reorganização dos serviços, privilegiando o atendimento extra-hospitalar e as equipes multiprofissionais.

Iniciava-se então a discussão dos direitos de cidadania e da legislação em relação ao doente mental (Brasil 2001).

Em fevereiro de 2000, foi regulamentada a Portaria nº 106 que estabeleceu a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, tendo como prioridade substituir as internações psiquiátricas prolongadas.

Essa Portaria objetiva garantir a assistência àqueles que tiveram seus direitos sociais confiscados, seus vínculos afetivos e familiares fragilizados, numa tentativa de promover a inserção social desses indivíduos.

Esse contexto permeado por debates, propostas e encontros sobre o atendimento ao doente mental contribuiu para a aprovação no Congresso Nacional do Projeto de Lei, conhecido como “lei antimanicomial” ou Projeto de Lei Paulo Delgado que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Brasil, 2001)

Em 6 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, tendo como base o projeto de lei do deputado Paulo Delgado. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica regulamentando o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para internações involuntárias arbitrárias e desnecessárias.

No que tange ao universo da saúde mental vinculada ao sistema judiciário, podemos citar o evento realizado em julho de 2002, em Brasília, o seminário nacional para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, e de acordo com Cordioli (2004) restabelecendo um diálogo fundamental entre saúde e justiça.

A partir da formulação de diretrizes constrói-se uma nova etapa na assistência aos portadores de transtornos psíquicos que comentem infrações.

Tendo como base os debates e discussões, tornou-se consenso de que o Sistema Único de Saúde (SUS) através da rede de atenção à saúde mental deverão se responsabilizar pelo tratamento dos portadores de transtornos mentais que estão submetidos à medida de segurança. Essa nova forma de perceber o tratamento aos portadores mentais internados em hospitais de custódia provocou um significativo avanço no sentido de garantir os direitos a esses indivíduos.

Em julho de 2003, foi aprovada a Lei Federal nº 10.708, que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial a pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de hospitais ou unidades psiquiátricas, (incluindo os internados em hospitais de custódia), que estiveram internados por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos e moradores do serviço residencial terapêutico. O auxílio – reabilitação psicossocial é o principal componente do *Programa de Volta pra Casa* que tem por objetivo contribuir para o processo de inserção social dessas pessoas e incentivar a organização de rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidado facilitando o convívio social, capaz de atingir o bem-estar global e estimular o exercício pleno de direito e de cidadania.

As transformações para um novo modelo assistencial vêm sendo secundadas ao longo dos anos por leis federais e estaduais, que buscam resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico, com a criação de um novo locus social para a loucura.

A Reforma Psiquiátrica tem na essência de sua motivação a busca incessante do direito e da cidadania. Por conseguinte, não pode ser dissociada de todas as dificuldades que neste momento a humanidade vem enfrentando, diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização.

Na atual política, serviços novos ou reformulados vêm substituindo a idéia de internação por modelos extra-hospitalares, evitando, acima de tudo, a opressão e a exclusão das pessoas portadoras de sofrimento mental.

Nesse novo espaço, influenciado pela Reforma Psiquiátrica, pela ética e pelos direitos humanos, busca-se uma forma assistencial pautada nos serviços de atenção diária (CAPS/NAPS) e nos Programas de Saúde Mental (Rede Básica), nos quais o cidadão tenha a possibilidade de encontrar assistência especializada diária, sem a necessidade de ser internado. As diversas formas de atendimento procuram ser personalizadas e específicas, respeitando a história de vida, a dinâmica familiar e a realidade social. Enfatiza-se a busca de autonomia, liberdade, emancipação, direito à voz e à escuta do portador de transtorno mental.

A internação tem por objetivo oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a hospitalização se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar e de urgência. No entanto, sendo necessária a internação, deve-se buscar maior participação do paciente em seu tratamento, à medida que lhe é conferido o direito de ser informado a respeito de sua doença e de seu tratamento, bem como o de solicitar e/ou consentir com sua internação.

Mesmo com os avanços obtidos pelas mudanças no cenário da Saúde Mental, o processo da Reforma Psiquiátrica tem encontrado obstáculos de natureza cultural, institucional e política para sua integral concretização.

O estado de Santa Catarina sentiu todos os reflexos das lutas e dos debates realizados no País em prol da melhoria do atendimento dos portadores de transtornos mentais.

No contexto de Santa Catarina, conforme Cordioli afirma (2004), apesar das muitas modificações na legislação, essa reestruturação caminha de forma lenta no processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A inexistência de uma rede básica de assistência acaba produzindo situações críticas e propiciando o aumento da demanda nos hospitais Psiquiátricos.

A reprodução dessa situação repercute também no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, instituição onde este trabalho foi desenvolvido.

## **2.2 A saúde mental sob um novo prisma**

Durante longos anos, os doentes mentais foram marginalizados, discriminados, sendo submetidos a tratamentos inadequados que usurpavam sua identidade de tal forma que os levavam gradativamente a uma condição de impotência, gerando nos portadores de transtorno mental o sentimento de incapacidade de decidirem sobre sua doença ou condição de vida.

Com o desejo da desinstitucionalização, começou a surgir um movimento crescente e irreversível que tomou forma e força com o auxílio dos profissionais da área e a sociedade civil, forçando o Estado a criar leis que assistissem o doente mental nas suas necessidades básicas, respeitando e construindo sua cidadania.

Surgiu então uma nova visão de saúde mental que traz atrelada a seus conceitos uma visão mais ampla de saúde de direito e de cidadania. Concomitante com essa idéia, Singer

(1987) afirma: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças, acredita-se que esta formulação inclui as circunstâncias econômicas, sociais e políticas, como também a discriminação social, religiosa ou sexual; as restrições aos direitos humanos de ir e vir, de exprimir livremente o pensamento.

Esse conceito reconhece como contraditório alguém ser reconhecido com saúde mental, quando vivencia a pobreza extrema, a discriminação e a segregação.

Segundo Singer (1987): Pensar a questão da saúde mental é compreender o homem na sua condição de ser e estar-no-mundo.

Nesse contexto, o papel do profissional de saúde é, antes de tudo, político, no sentido de levar a pessoa a descobrir seus motivos para a tomada de consciência das contradições em que ela vive. A pobreza é um fator de muita evidência no Brasil, e essa característica transporta-se em um retrato do modo de sentir, pensar e adoecer da maioria da população.

Podemos afirmar que é a partir do apoderar-se do saber e do processo educativo da saúde, tendo como meta central a busca por um estilo de vida mais digno e saudável, que transformamos comportamentos, traduzindo-os em reivindicações em favor do atendimento às necessidades humanas reais, como: necessidade de amor, compreensão, segurança, identidade, salários dignos, condições de trabalho, melhorias na qualidade de vida, direito ao lazer, etc.

Para todas as pessoas, a saúde mental, a física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e da sociedade. Hoje, milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas, com perturbações mentais graves, a tarefa de resolverem, como podem, os seus problemas:

depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação.

Essa situação não pode continuar. A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a sua origem, o que se reflete na sua própria definição de saúde, como não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dessa nova concepção emerge uma nova esperança.

É importante afirmar que o Governo tem tanta responsabilidade pela saúde mental como pela saúde física dos seus cidadãos. Uma das suas principais responsabilidades é a de fechar instituições com modelos de tratamentos cronicadores que ainda existem e substituí-los pela prestação bem organizada de cuidados na comunidade e a dotação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. É preciso acabar com a idéia de enclausurar pessoas com perturbações mentais e comportamentais em instituições psiquiátricas. A grande maioria dos portadores de perturbações mentais não é violenta. Só uma pequena proporção dessas afecções está associada ao aumento do risco de violência, podendo essa probabilidade ser diminuída por serviços abrangentes de saúde mental.

Como gestor final de qualquer sistema de saúde, o Governo precisa assumir a responsabilidade de assegurar a elaboração e a implementação de políticas de saúde mental. Torna-se primordial a construção de estratégias em que seja possível se empenhar, inclusive a integração do tratamento e dos serviços de saúde mental ao sistema geral de saúde, e especialmente nos cuidados primários.

No momento atual, busca-se construir, além de um diferente sistema de política de saúde mental, um novo perfil de profissionais capazes de promover o reencontro do homem consigo mesmo.

Acreditamos que esse novo profissional pode contribuir, provocando mudanças, por meio de uma prática educativa, na qual educar significa levar a pessoa a pensar por si própria. A promoção da saúde mental na qual acreditamos e que defendemos só encontrará expressão numa prática em que o dominado tenha condições de refletir e possa se descobrir e se conquistar como sujeito de sua própria história.

Os profissionais de saúde, comprometidos com a questão da saúde mental, precisam reconhecer seu papel político, sua função educativa e exercitar a análise e a crítica da realidade; as contradições socioeconômicas que nele se apresentam; discutir as possibilidades de mudanças; discutir também a questão da saúde mental *versus* doença mental, considerando o conceito de saúde mental que emerge da noção de bem-estar coletivo e tendo sempre presente que esse caráter social da saúde mental é determinado pelo modo como as pessoas trabalham, desejam e organizam a identidade, sofrem, amam, dominam, rejeitam, aprovam, consomem, pensam no destino, na vida e na morte; criam, introjetam o mundo objetivo; objetivam a subjetividade e fantasiam a realidade, porque acreditamos que a prevenção das doenças mentais é fomentada pela luta contra a miséria, contra a ignorância e contra a alienação do homem. Sabemos que a doença mental atinge todas as camadas sociais, todavia a pobreza é um agravante no sentido em que priva os indivíduos do acesso as informações.

O processo de discussão e iniciativas concretas no sentido de mudar a consciência coletiva e gerir a problemática do doente mental dentro da sociedade brasileira vem tendo um percurso longo e polêmico.

Todavia um passo importante para a mudança no tratamento dispensado aos portadores de sofrimentos psíquico foi a aprovação da Lei nº 10.216, tendo como base o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, de 6 de abril de 2001.

Essa conquista é fruto do esforço de todo um movimento que, embora tenha seus avanços e retrocessos, suas contradições e descontinuidades, conseguem no momento atual

consubstanciar-se como proposta concreta e viável a um futuro próximo de efetivação da cidadania do doente mental no Brasil.

A psiquiatria inovou o tratamento com os pacientes portadores de sofrimentos psíquicos. O primeiro passo foi acabar com o isolamento e o confinamento. Os pacientes passaram a ser submetidos a terapias que incluíam o trabalho com artes e criatividade, a prática de esportes, atividades sociais, sem excluir o convívio com a família e a sociedade.

Além dessa nova reestruturação no tratamento, buscou-se trabalhar o paciente e o convívio familiar, pretendendo, dessa forma, restaurar os vínculos familiares também incluídos no processo de ajuda ao doente.

Aos poucos, vão sendo criados novos serviços de atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial e os Núcleos de Atenção Psicossocial, que são unidades abertas e multidisciplinares para o tratamento dos transtornos mentais. Essas unidades contam com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e, em alguns casos, sociólogos.

Nesses centros, os pacientes são tratados com terapias alternativas, educação artística, práticas esportivas e atividades sociais.

A mudança no tratamento dos pacientes com transtornos mentais é uma necessidade e uma conquista do estado de direitos, diversos setores ainda são muito resistentes, principalmente as famílias dos pacientes, que na maioria das vezes compactuam com o isolamento dos doentes, pois temem sua volta para casa.

O cotidiano nas instituições que adotam implícita ou explicitamente a estrutura manicomial como modelo de assistência produz uma realidade que causa indignação. É, ainda, em sua grande maioria, um quadro aviltante à dignidade humana. Em geral, o tratamento dispensado ao doente mental após a ocorrência do surto psicótico é uma espécie de readaptação ao convencional. Porém essa readaptação não é tão simples, porque a pessoa teve cortado o seu viver, ou seja, seus vínculos com o mundo convencional são rejeitados pela

família e/ou comunidade. Configura-se, assim, o que, em Psiquiatria, se denomina o estigma do paciente psiquiátrico, em que a maior amputação se constata na desqualificação, coisificação e conseqüente retorno ao ambiente manicomial, gerando a cronificação da vivência da doença mental.

No que tange à cidadania, na presente exposição, constata-se a amputação da dignidade humana, a perda progressiva da auto-estima e da autonomia individual e coletiva, a conseqüência central do esquecimento dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

O direito de cidadania do doente mental deve ser o de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas.

Considerando o contexto social brasileiro, os passos rumo a uma nova forma de pensar e lidar com o processo de sofrimento psíquico no Brasil merecem ainda amplo debate, discussões e divulgações em prol da participação dos envolvidos e da sociedade em suas instâncias democráticas, para que apenas não seja implantado o novo, mas que seja passível de acompanhamento e gerência pela população.

A desinstitucionalização tende a mudar a organização social brasileira ancorada em práticas excludentes e tutelares em relação aos loucos. Vale ressaltar que esta proposta abre precedentes para a possibilidade de construção da cidadania dessa parcela da população, que teve por muito tempo seus direitos confiscados ou manipulados por políticas e personagens sociais que agem à revelia dos discursos preconizados.

A Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial na saúde mental evidenciam a importância de um ideário de conquista da cidadania plena (e não regulada).

### 3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO

Para que possamos compreender a condição atual do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, buscamos relatar o tratamento ao portador de transtornos psíquicos nas antigas instituições psiquiátricas: os manicômios judiciários, que causaram tanta revolta e indignação e fomentaram a construção de uma rede de amparo a esses indivíduos que tiveram seus direitos amputados.

No Brasil, a discussão sobre a loucura e criação do hospício está diretamente relacionada à urbanização e à necessidade de limpar a cidade dos habitantes desviantes que viviam à toa pelas ruas. Assim, sob o argumento de perturbação à paz social e ameaça ao crescimento econômico do País, as pessoas portadoras de transtornos psíquicos eram excluídas do convívio social, tratadas de forma cruel e desumana, perdendo sua identidade, vivendo na condição de incapaz.

Diante da necessidade de afastar loucura e criminalidade, surgiram os primeiros debates em torno de uma reforma na assistência psiquiátrica, enfatizando-se a importância da construção de instituições específicas para doentes específicos. E, assim, como afirma Resende (1987), os loucos criminosos, os epiléticos e os simuladores, por sua alta periculosidade, comprometiam o tratamento e deveriam sair do asilo, o qual necessitaria funcionar como uma instituição puramente médica.

A criação dos manicômios foi uma consequência da “luta pelos direitos dos doentes mentais criminosos”, iniciada por Teixeira Brandão (1854-1922). A lei francesa de 30 de junho de 1838 serviu de modelo para vários países.

Sobre ela Teixeira Brandão escreveu:

“Essa lei impôs deveres às autoridades e traçou regras que deveriam ser seguidas para a seqüestração do alienado; e no intuito de impedir a violência ou o abandono deles”.

Determinou que, mesmo persistindo no seio das famílias, ficassem sob a salvaguarda e fiscalização da autoridade pública.

A inexistência de locais especiais para recebê-los determinava que todos terminassem recolhidos à Casa de Correção que recebia doentes mentais vindos de todas as partes do País, porém recusava-se a abrigar alienados criminosos.

Começou então a surgir a necessidade da construção de manicômios criminais, delineando-se um movimento de retirada dos doentes mentais delinqüentes do campo de atuação médica.

Em 1987, o setor psiquiátrico sofre mais reformas: Os manicômios recebem nova denominação e o manicômio judiciário de Santa Catarina passa a chamar-se Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

No decorrer de nosso trabalho sobre hospitais psiquiátricos, percebemos o quão estigmatizante e fragmentado foi o tratamento direcionado aos enfermos psíquicos. Os tratamentos tradicionais anulavam qualquer tentativa de reabilitação e construção da cidadania desses indivíduos.

Atualmente participando de um mundo organizado politicamente, perder a “cidadania” significa ser excluído da humanidade e destituído dos direitos humanos.

De acordo com Amarante (1994), a garantia da cidadania é um dos requisitos vitais, próprio a cada indivíduo, que precisa ser atendido a fim de ter condições de mover-se e distingui-se na esfera pública que é comum a todos.

Porém o doente mental não participa desse trajeto estando encerrado em grandes instituições asilares, hospitais psiquiátricos ou clínicas. Privados de direitos considerados

universais, essas criaturas têm certos direitos fundamentais confiscados e estão fadados, por isso mesmo, a serem objetos de todo tipo de violência, ou do Estado ou da sociedade civil.

Segundo Foucault (1987), uma vez internado, é rotulado de doente mental e, assim, privado de todos os seus direitos humanos, destituídos de cidadania.

No HCTP, encontramos vítimas dessa realidade, portadores de transtornos mentais que sofreram processo de segregação e exclusão da vida social e familiar e atualmente são tratados na Instituição de forma mais digna e humanizada.

O Hospital foi criado pela Lei nº 4.559, em 7 de janeiro de 1971, durante o governo do Dr. Ivo Silveira, e foi inaugurado em 10 de março de 1971. Pertencia à Secretaria de Justiça e Cidadania e está localizado na Rua Delminda da Silveira, junto à Penitenciária de Florianópolis. Em 1987, passou a ser denominado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e pertencer a Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão.

A população do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é formada por portadores de transtornos mentais que têm no decorrer de sua história episódios criminais, crimes estes justificados pela doença, tornando-os irresponsáveis ou parcialmente irresponsáveis perante a lei. Assim, não estão sujeitos às mesmas penalidades que os criminosos, sendo confinados para custódia e tratamento psiquiátrico.

A população interna é proveniente de todo o estado de Santa Catarina, exclusivamente masculina, heterogênea em termos de hábitos e costumes. Conta com a idade que varia de 22 a 57 anos, com um nível sócio-cultural baixo, sendo na sua maioria analfabetos ou semi-analfabetos. Muitos não possuem nenhum documento de identificação. São indivíduos que cometeram delitos sob a influência de um distúrbio psiquiátrico por ocasião do crime.

### 3.1 Objetivos gerais da Instituição

O objetivo geral do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é o tratamento psiquiátrico do paciente, preservando os direitos humanos e a dignidade do doente, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando sua reintegração ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir pelo delito que cometeram.

De acordo com o Decreto nº 4.283, de 27 de fevereiro de 1994, o HCTP tem as seguintes finalidades:

- 1) realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
- 2) receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso da prisão provisória ou após sentença condenatória;
- 3) proceder o exame de sanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;
- 4) exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica.

#### 3.1.1 Modo de Funcionamento

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico atende pacientes que apresentam distúrbio mental e que, em decorrência disso, cometeram delitos previstos no Código Penal Brasileiro.

A estrutura do HCTP atende às seguintes finalidades:

1. Realizar perícias psiquiátricas e confecção de Laudos de Sanidade Mental, Dependência Toxicológicas e Pareceres Psiquiátricos de Cessação de Periculosidade e de concessão de regalias.

2. Receber, após sentença condenatória, para cumprimento de Medida de Segurança Detentiva, a qual vai de um a três anos, podendo ser prorrogada por um prazo maior.

3. Receber, para fins de tratamento, por determinação judicial, pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de sua prisão provisória.

4. Atender em nível ambulatorial os detentos das Penitenciárias do Estado, Presídios e Casa do Albergado.

5. Encaminhar à autoridade competente da Comarca de origem do paciente os resultados dos Laudos de Sanidade Mental, Dependência Toxicológica, Pareceres Psiquiátricos e Cessação de Periculosidade.

Ao final da Medida de Segurança e respectiva desinternação, o paciente permanece *sub judice* na Instituição por um prazo de um ano, que seria um tipo de 'liberdade condicional'. Isso quer dizer que, se o paciente transgredir novamente as leis previstas no Código Penal Brasileiro dentro desse período, retornará ao HCTP para dar continuidade à Medida de Segurança Detentiva, sem a necessidade de novo Laudo e sentença condenatória.

### 3.1.2 Procedimentos para internação

Os procedimentos para internação são:

1. A vara criminal, por intermédio da autoridade competente, solicita ao HCTP o Laudo Psiquiátrico que apure a responsabilidade penal ou não, referente ao delito praticado pelo paciente.

2. Após conclusão do Laudo e o recebimento deste pela autoridade competente, segundo o diagnóstico psiquiátrico de irresponsabilidade penal, procede-se a sentença condenatória de Medida de Segurança Detentiva, por tempo não inferior a um ano de internamento.

3. Para o internamento, é solicitada vaga na Instituição pela respectiva Vara Criminal. Essa vaga é aguardada por certo período de tempo, em função da grande demanda.

### 3.1.3 O Internamento

O paciente quando chega para o internamento é recebido por um agente prisional, que guarda todos os pertences daquele na sala da rouparia.

O agente prisional fornece ao paciente um uniforme com uma numeração e encaminha-o a um quarto pequeno individual (chamado "cubículo"). Nesse quarto, o paciente permanecerá por aproximadamente cinco dias, período de tempo em que é atendido pelo psiquiatra. Caso, nesse prazo, o paciente não tenha sido atendido pelo médico assistente, o supervisor de segurança decide quanto à saída daquele para o pátio, enfermarias ou para atividades juntamente com os demais pacientes.

As enfermarias funcionam como alojamentos, onde moram pacientes já adaptados à rotina do Hospital.

A segurança da Instituição é mantida por seis agentes prisionais, sendo um deles o chefe de turma. Estes formam uma equipe que respondem por um plantão de 24 horas ininterruptas no Hospital, por 96 horas, também ininterruptas fora dele.

A equipe se posiciona por postos 1, 2, 3 e 4, onde este último tem por função dar apoio aos demais agentes. Há o volante, que circula entre os pátios, cozinha, portões internos e externos e tem também a função de receber as visitas dos pacientes.

Os pacientes contam com as atividades laboroterápicas de horta, lavanderia, faxina, cozinha e rouparia. Pelos desempenhos dessas tarefas, recebem mensalmente um valor em dinheiro que, para muitos, é a única forma de renda. Participam de jogos de futebol, aulas de alfabetização e assembléias gerais, que são realizadas semanalmente.

O desinternamento se dá depois de transcorrido o tempo estipulado para o cumprimento de Medida de Segurança Detentiva, com o parecer psiquiátrico e social. Os pacientes são apreciados pela autoridade competente da vara de execuções penais da capital ou cidade de origem do paciente (comarca de origem). Posteriormente é procedida a decisão para o desinternamento, e o paciente é encaminhado à família, caso esta exista.

O paciente que não contam com o apoio familiar e as mínimas condições de sobrevivência permanecerão na Instituição por tempo indeterminado.

#### 3.1.4 Equipe profissional multidisciplinar

Na Instituição, os internos são atendidos por uma equipe profissional multidisciplinar formada pelo:

*Pessoal administrativo:*

um diretor geral;

um diretor da unidade de apoio administrativo;

dois agentes administrativos;

um assessor jurídico;

um encarregado da seção de serviços gerais;

um encarregado da seção de administração financeira;

dois motoristas.

dois telefonistas

*Pessoal Técnico:*

cinco médicos psiquiatras; um médico clínico; uma psicóloga;  
duas assistentes sociais; uma farmacêutica; dois dentistas;  
uma professora de Educação Física; uma professora de alfabetização e ensino médio;  
três estagiárias de Serviço Social; um técnico de enfermagem; um auxiliar de  
enfermagem.

*Pessoal da Segurança:*

um chefe de Serviço de Segurança;  
três agentes de Portaria;  
vinte e quatro agentes de segurança.

A equipe profissional multidisciplinar prioriza a adaptação do paciente à Instituição no período da sua medida de segurança, e a busca dos direitos negados a estes por conta da condição de doente mental e excluídos do contato social. A proposta de trabalho da equipe técnica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pretende, além de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicos no cenário psiquiátrico, construir uma nova maneira de trabalhar com a loucura.

Ressaltamos, contudo, que a prática dos profissionais de Serviços Social será relatada no item a seguir onde abordaremos a nossa atuação como estagiária integrada na ação junto a esses profissionais.

### 3.2 O Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

O Serviço Social foi implantado no HCTP no ano de 1978, ocasião em que foi contratada uma assistente social. Outros profissionais foram contratados nesse mesmo ano, visando a um trabalho interdisciplinar.

O trabalho do Serviço Social dentro da Instituição pretende dinamizar a estrutura hospitalar, criando novas formas e condições de tratamento eficaz, priorizando a obtenção da cidadania e o respeito ao doente mental, trabalhando a desinstitucionalização da doença por meio de atividades preventivas, educativas e reabilitadoras e que promovam a saúde garantindo os direitos e a reinserção na sociedade, ou seja, devolver ao portador de transtorno psíquico o que o modelo “hospitalocêntrico” o condenou ao excluí-lo do convívio familiar e social, enfatizando, dentre outros, um tratamento humanitário e respeitoso, proteção, integração à sociedade, acesso às informações sobre ele, sua saúde e tratamento.

Essa proposta se desenvolve com base na aplicação de um tratamento reabilitacional, em que o profissional aplica atividades compatíveis e realizáveis pelo paciente que visando à sua reintegração social:

Atinge esta meta ensinando habilidades e técnicas para lidar com as situações, e ajudando o indivíduo a desenvolver um ambiente que lhe dê apoio e a readquirir a sensação de dominar sua própria vida. Aqueles que promovem a reabilitação psicossocial partem dos pontos fortes de cada indivíduo, enfatizando a sensação de bem-estar e incluindo as famílias e a comunidade no processo de recuperação (IAPSR, 1995).

O trabalho de reabilitação psicossocial no Hospital Psiquiátrico tem como objetivo, além da ampliação dos espaços existentes, a criação de novos espaços físicos e educativos que ofereçam condições para uma vivência reabilitadora ao paciente.

Falar de reabilitação psicossocial no Brasil, hoje, é estar em um só momento falando de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amoroso capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso que fazer cotidiano, ira traduzida nessa indignação saudável contra o cinismo de nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes e dinheiro para transformar a s políticas do desejo em políticas de agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que excluem e segregam um número sempre significativo de brasileiros ( PITTA 1996, p.26.).

Diante da dura realidade que os portadores de transtornos mentais vivenciavam ao longo da vida, o Serviço Social vem tentando criar espaços mais humanizados, visando à melhoria das condições de vida dos internos, buscando garantir os direitos usurpados no processo de institucionalização histórica.

O Serviço Social prioriza o resgate de habilidades e identidades perdidas dos internos, integrando-os no convívio social, criar uma relação de vínculo familiar, servir de elo nas relações interpessoais, incentivá-los para interação social, habilitar a sociedade para o convívio com os diferentes, ajudando a construir sua vida de forma autônoma, incentivando-os a participarem das atividades laborerápicas.

Tudo isso pela implementação de ações concretas como: atividades da vida diária e orientação quanto à higiene pessoal; desenvolvimento de trabalho educativo em saúde bucal e sexualidade; orientação de como lidar com o dinheiro e como gerenciar suas próprias economias; orientação quanto à importância da medicação, desenvolvendo a capacidade crítica em relação ao seu próprio tratamento; orientação quanto à assistência à saúde como um todo.

A proposta básica do Serviço Social é transformar o tratamento do portador de transtorno psíquico num tratamento mais digno, buscando sempre salientar o lado saudável do paciente por intermédio dos grupos, oficinas e várias atividades terapêuticas, além da garantia do vínculo familiar, evidenciando sua importância para os familiares dos pacientes,

objetivando a conscientização e integração destes em seu meio, pelo desenvolvimento permanente de processo de escuta e diálogo.

O Serviço Social participa de forma integrada com a equipe técnica na discussão e encaminhamentos dos casos em atendimento, oferecendo subsídios para estabelecimento de compreensão do contexto social em que o grupo familiar e o paciente estão inseridos.

Associado a esse propósito, tem procurado também oferecer recursos para melhor atendimento a questões socioeconômicas, por meio dos Benefícios Previdenciários, que, embora não dê conta de toda a necessidade existente, tem proporcionado certo conforto, permitindo que o paciente não seja visto como um peso para o seu grupo de origem, como também ser alguém capaz de contribuir com o aumento da renda familiar.

Os atendimentos familiares são realizados individualmente, para apoio e orientação. São feitas também visitas domiciliares com alguns familiares, na tentativa de garantia dos vínculos, proporcionando avanço no processo terapêutico.

Além da participação nos grupos, os internos expressam suas idéias nas assembleias tidas como um espaço de interlocução com os vários profissionais. Percebe-se, nitidamente, a existência de um trabalho sério marcado pela oferta de cuidados intensivos e permanentes. Os internos, mesmo os acometidos pelas mais graves neuropatias, reconhecem os profissionais e demonstram por eles seu carinho. O serviço social, da mesma forma, nomeia-os naturalmente, demonstrando conhecer detalhes da história de cada paciente, não apenas de seu quadro clínico, mas de seus desejos, de suas relações familiares. Há uma relação importante construída pelos profissionais com os familiares.

Podemos perceber os resultados dos procedimentos efetuados pelos assistentes sociais e a equipe técnica. As mudanças são relatadas pelos próprios pacientes. Ao freqüentarem as reuniões e as assembleias, os grupos tornam-se mais participativos, conseguem se expressar com mais clareza. Ao participarem das atividades de grupos, das oficinas e dos trabalhos

terapêuticos, começam a formular uma nova concepção de cidadania e apresentam uma nítida melhora nos vínculos familiares que antes da intervenção e tratamento eram praticamente inexistentes.

Todavia, é necessário esclarecer que o Hospital ainda apresenta algumas dificuldades, pois estamos falando de uma instituição que trata de pessoas muito pobres; algumas, como é comum, abandonadas por suas famílias. Mais do que isso, é uma instituição que enfrenta limitações físicas e financeiras. Além disso, o Hospital por suas características e funcionamento é ainda considerado uma instituição total no sentido em que foi construída para aqueles indivíduos considerados incapazes de cuidar de si mesmos e que são vistos como uma ameaça à comunidade, embora não intencionalmente. Locais com essas características, segundo Gofman (1974), são denominados Instituições totais.

O que vemos, não obstante, foi a afirmação da tendência oposta pela qual aqueles internos descobrem-se, pelo cuidado, reconhecidos em sua humanidade e cidadania.

O Hospital de Custódia se constitui num grande desafio para os profissionais que ali trabalham, dentre eles os assistentes sociais, cabendo a todos trabalhar no sentido de desconstruir representações negativas que envolvem o tema em questão, ou seja, uma visão maniqueísta em que, de um lado, estariam bons elementos, e do outro, os maus.

O Serviço Social busca mecanismos que viabilizem a reversão das condições referidas anteriormente, direcionando então a intervenção à garantia da cidadania.

Esses mecanismos serão explicitados nos itens a seguir.

### 3.2.1 Plano de atuação do Serviço Social

O plano de atuação do Serviço Social da Instituição é realizado a cada dois anos e tem como objetivos:

Buscar condições para um tratamento mais humanizado ao paciente.

- 1 Ajudar o interno a alcançar a integração mais adequada no seu meio sociofamiliar, evitando freqüentes reinternamentos.
- 2 Levar a família a compreender aspectos básicos da doença.
- 3 Oferecer suporte emocional para pacientes e familiares, trabalhando suas ansiedades e medos com a internação.
- 4 Participar no resgate dos núcleos sadios do paciente.
- 5 Estimular a criação de mecanismos de suporte para o atendimento do portador de transtornos mentais na comunidade.
- 6 Oportunizar a implantação de trabalhos criativos com os internos.
- 7 Oportunizar espaços democráticos na relação equipe-interno.
- 8 Preservar os direitos dos pacientes principalmente no usufruto de benefícios.
- 9 Manter contatos com Cartórios de Registro Civil (dentro e fora do Estado) com o objetivo de resgatar documentação dos internos (certidões de nascimento).
- 10 Elaborar relatório social visando à obtenção de documentação (registro de nascimento) com a Promotoria Pública para todos os pacientes que não foram registrados em cartório.
- 11 Confecção de Carteira de Identidade e CPF para todos internos.

O atendimento ao paciente é feito individualmente ou em grupos, e se procura trabalhar as dúvidas e receios, pois ao chegarem à Instituição se deparam com um ambiente novo, diferente de sua realidade, sentindo a perda dos seus vínculos afetivos, o peso do estigma do delito da doença mental, além do abandono da família e da sociedade.

Para que esse plano de atuação se efetive, são realizados os seguintes procedimentos:

- 1 Grupos operativos semanais.
- 2 Grupos semanais de alta progressiva.
- 3 Atendimento aos familiares.
- 4 Visitas domiciliares e institucionais.
- 5 Participação das reuniões de equipe.
- 6 Evolução de prontuários.
- 7 Participação na programação e organização de festas de aniversário e nas tradicionais comemoradas no Hospital.
- 8 Revisão de casos, com o objetivo de localizar os familiares, incentivando as visitas.
- 9 Realização de visitas domiciliares, possibilitando acesso ao contexto sociofamiliar dos pacientes.
- 10 Intervenção junto a órgãos da comunidade, familiares e/ou procuradores para conhecer e auxiliar o paciente a preservar e usufruir seus bens de direito.
- 11 Preparação para alta hospitalar por meio das entrevistas.
- 12 Comunicação da alta hospitalar aos familiares por entrevistas e contato telefônico.
- 13 Participação em reuniões de equipe e em grupos terapêuticos para a motivação, providências e acompanhamento das licenças, proporcionando ao paciente o convívio familiar, e, em outros casos, a participação na alta progressiva.

### 3.2.2 Plantão do Serviço Social

Atividades desenvolvidas:

- 1 Realização de atendimento a todas as pessoas que procuram o Serviço, prestando esclarecimentos, orientações e fazendo encaminhamento aos recursos internos e externos.
- 2 Realização de estudo socioeconômico-familiar para subsidiar o laudo de sanidade mental, mantendo o primeiro contato com familiares e/ou responsáveis, para obter informações sobre a situação biopsicossocial do paciente, prestando esclarecimentos referentes ao funcionamento do Hospital, ao tratamento e à alta hospitalar, com o devido relato em prontuário.
- 3 Realização de atendimento de familiares de pacientes internados, por meio de entrevistas.
- 4 Orientação quanto à continuidade do tratamento em nível ambulatorial, o uso correto do medicamento e o convívio com paciente e sua doença.
- 5 Comunicação de óbitos, prestando esclarecimentos necessários.
- 6 Realização de contatos com instituições afins para a utilização dos recursos disponíveis e posteriormente encaminhados.
- 7 Anotações de todas as atividades em documentações estatísticas e prontuários do paciente.

### 3.2.3 Atividades e programas desenvolvidos pelo Serviço Social no HCTP

Explicitaremos de forma sucinta as atividades e programas desenvolvidos pelo Serviço Social no HCTP:

#### ***Atendimento individual***

No atendimento individual ao paciente, o Serviço Social se propõe:

Realização de estudo sócio familiar.

Prestar informações quanto às normas e rotinas da Instituição.

Trabalhar a ansiedade do paciente, principalmente por ocasião da internação e da indefinição do tempo de permanência.

Facilitar a comunicação com a família ou responsável.

Orientar aspectos do tratamento e a continuidade após a liberação da Instituição, orientação previdenciária e encaminhamento aos recursos da comunidade.

Os pacientes são atendidos individualmente na sala do Serviço Social, quando solicitado por memorando ou encaminhamento de outros serviços.

### *Atendimento aos familiares*

O envolvimento da família no tratamento de saúde mental é fundamental no processo de recuperação do paciente.

O atendimento à família tem por objetivo abordar as dificuldades familiares na convivência com o portador de transtorno mental, expectativas e temores e orientação quanto ao tratamento.

A resistência familiar dificulta o processo de reabilitação do paciente, pois, segundo Cardoso, “um dos pontos fundamentais para que o tratamento tenha êxito é que o paciente se sinta amado e compreendido dentro de suas limitações”.

É preciso levar a família a compreender e aceitar a doença mental como algo que pode ter uma solução, que o doente mental merece ser tratado com dignidade e não ser visto como um incapaz.

Paralelamente ao atendimento aos familiares, são realizadas reuniões semestrais com grupo de familiares, com o objetivo de discutir e esclarecer aspectos da doença, ressaltando a

importância da participação da família no tratamento e pontuar as normas e rotinas da instituição.

### ***Grupo Vivencial***

O Grupo Vivencial objetiva a discussão de assuntos referentes à condição pessoal de cada paciente, as relações com outros internos e com a Instituição, procurando estimular por meio de debates sobre temas referentes ao cotidiano dos pacientes na instituição a melhora da higiene pessoal e do ambiente, bem como a participação nas atividades laborterápicas, evidenciando a responsabilidade no tratamento e na recuperação, incentivando a cooperação e a tolerância entre os internos, na garantia de um bom convívio, além de orientar quanto à alta hospitalar e à continuidade do tratamento em regime ambulatorial.

As reuniões são realizadas quinzenalmente coordenadas pelas estagiárias de Serviço Social no refeitório da Instituição. Participam todos os pacientes com medida de segurança definida. Os doentes são divididos em grupos de quinze pacientes. Nos grupos, procura-se desenvolver espaços onde o paciente tenha a oportunidade de falar sobre as suas angústias e seus medos, dividindo seus problemas com os demais participantes. As observações sobre cada paciente são anotadas no seu prontuário, assim como suas reivindicações.

### ***Programa de Alta Progressiva***

O programa de Alta Progressiva teve início em 1998, quando um juiz aceitou uma sugestão da equipe técnica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, dando autorização judicial para alguns pacientes (aqueles que já haviam cumprido o tempo estabelecido pela medida de segurança e não contavam com o apoio da família, sendo obrigados a continuar na Instituição), saírem três vezes por semana.

Com a autorização judicial, as saídas foram programadas, e os pacientes divididos em três grupos que passaram a realizar passeios uma vez por semana, ao Centro da cidade, às praias, e a pontos turísticos onde passeavam, lanchavam e faziam compras, acompanhados pela professora de educação física, uma assistente social e o chefe da segurança. Além dos passeios, os pacientes foram colocados no programa Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, onde participavam de oficinas de cerâmica, teatros e grupos terapêuticos e atualmente (2003) no CAPS, Centro de Atenção Psicossocial.

O programa de Alta Progressiva favorece o contato do paciente com a realidade externa, e o estímulo da independência pessoal, priorizando a construção da cidadania e oportunizando o desenvolvimento das relações sociais.

### ***Grupo com pacientes novos***

O grupo com pacientes novos é baseado na metodologia de grupos operativos que se fundamenta em uma concepção de aprendizagem. Para Pichon Riviere (1988) o grupo operativo é um conjunto restrito de pessoas ligadas por uma constante de espaço e tempo articulados por sua múltipla representação interna, interagindo por meio de complexos mecanismos de assunção e atribuições de papéis, que propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que se constitui em sua finalidade. Nesses grupos, os pacientes têm a oportunidade de trabalhar temas variados de acordo com suas identificações no sentido de expressar suas opiniões e idéias. O grupo era coordenado pela assistente social e as estagiárias de serviço social participavam como observadoras a princípio, buscavam assinalar todos os movimentos do grupo em direção à tarefa e os incentivando a pensar sobre os temas, registrando as falas e a comunicação corporal. No término de cada encontro, a coordenadora e as observadoras reuniam-se para ler o registro e assinalar o processo grupal.

O grupo de pacientes novos tem por objetivo facilitar a integração do paciente na Instituição e relacionamento com outros internos, identificar e preservar os hábitos culturais, trabalhar as ansiedades provenientes do internamento, discutir com os pacientes assuntos sobre a Instituição e sobre si próprios, na tentativa de identificar e estimular aspectos construtivos, aumentando-lhes a auto-estima e a qualidade de vida nas relações interpessoais.

O grupo tem caráter terapêutico e educativo, pois à medida que os pacientes refletem sobre temas e expressam suas opiniões, aprendem na troca de informação e elaboração de suas ansiedades medos, etc.

Técnicas de dinâmica de grupo também são utilizados no desenvolvimento do trabalho.

### **3.3. GRUPOS OPERATIVOS – Espaços de aprendizagem como estagiária**

A nossa atuação no estágio possibilitou uma experiência em equipe interdisciplinar. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi escolhido por possuir uma problemática pouco debatida: a relação do transtorno mental/delito e a tentativa de reabilitação psicossocial e reinserção desses doentes na sociedade. Iniciamos nosso trabalho nos engajando aos grupos operativos como observadoras e posteriormente passamos a atuar como coordenadoras do mesmo. O grupo com o qual trabalhamos inicialmente denominava-se *Vivencial*, e tinha como referência às teorias de Pichon Rivieri (1988) e sua técnica de grupos operativos.

Um grupo centrado na tarefa e que tem por finalidade aprender a pensar em termos de dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal [...] (PICHON RIVIERE, 1988, p. 123).

O grupo era composto pela assistente social, pelas estagiárias e pelos pacientes internados recentemente. Os grupos se reuniam semanalmente, vindo ao encontro da

necessidade de um espaço onde os pacientes colocassem suas reivindicações relativas à situação de desqualificação, exclusão, acesso a direitos previdenciários e trabalhistas, vínculos familiares inexistentes. No grupo foi possível tomarmos contato com os internos recém-chegados e suas dificuldades pessoais e familiares, além da adaptação à Instituição, tempo de permanência e relacionamento com os funcionários.

Com o passar do tempo, pudemos perceber que o trabalho em grupo auxiliava na construção da auto-estima dos internos, fazendo com que se sentissem aptos a trabalhar, a trocar informações e a falar sobre suas tristezas e angústias. Foi possível identificar que o lado doentio era abafado pelas atividades que lhes proporcionavam trabalhar aspectos saudáveis, provocando mudanças nos pacientes.

Pichon Rivière (1988), falando de suas experiências com grupos afirma que nos grupos operativos, quando os pacientes expressavam as suas ansiedades, tinham mais condições de nomeá-las e organizá-las de modo a reverem suas dificuldades relacionais, bem como papel que desempenham no meio familiar ou social. O grupo promovia uma função terapêutica que se refletia em mudanças significativas. Os pacientes apresentavam a diminuição de comportamentos agressivos, de suas ansiedades e medos o que proporcionou um maior entendimento de suas dificuldades.

Difícilmente os pacientes faltavam aos grupos. Eles se sentiam e eram realmente responsáveis pelo andamento das reuniões, escolhiam os temas que eram diversos, desde a saúde da família, a internação e temas mais amplos como o amor, o respeito e a liberdade.

Com base na minha experiência com esse tipo de grupo, pude identificá-lo como instrumento importante na reabilitação de portadores de transtornos mentais, pois este ampliou a capacidade de relacionamento social dos participantes, promoveu um relacionamento social construtivo, ampliou a parte saudável da mente do portador de

transtorno mental, possibilitando ao paciente manter contato com a realidade interna e externa, devido à integração e à cooperação entre seus membros.

Além do grupo *Vivencial*, acompanhamos por um curto período de tempo da oficina de artesanato, considerada uma oficina terapêutica porque, de acordo com Rauter (2001), ela busca integrar socialmente os indivíduos segregados e ociosos, e recuperá-los como cidadãos, por meio de ações que visam a inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e no envolvimento com atividades artísticas, artesanais e lúdicas. O trabalho nas oficinas tinha como pressuposto a interação entre os internos, de forma que eles utilizassem seus conhecimentos nas produções artesanais (tapetes, cestos, papel reciclado e outros objetos utilizados), possibilitando novas perspectivas profissionais e retorno financeiro ao paciente. A oficina de artesanato, como terapia, buscava unir saúde e convívio social e cultura; trabalhando, o paciente conseguia garantir uma melhor qualidade de vida. O objetivo da oficina de artesanato não era exclusivamente a produção, pois muito mais importantes são as diversas possibilidades que resultaram dela para os pacientes como:

- 1 A valorização da fala.
- 2 A discussão da vida cotidiana de cada um.
- 3 A reinserção dos pacientes no meio familiar e social.
- 4 A reconstrução da cidadania - direitos e deveres.
- 5 A construção de um espaço coletivo e compartilhado, visando romper com estigmatização do isolamento.

Participando das oficinas de artesanato, constatamos que, apesar de toda a dificuldade de demonstrar ao doente mental a importância da sua participação nessas atividades depois que estes se engajam nas atividades, eles sentem seu trabalho, mesmo os mais simples, valorizado. O paciente acaba se identificando e se reconstruindo a partir do resultado dessas experiências, surgindo então o que lhe é mais particular – o desejo

A produção então tem sentido terapêutico nessa pessoa, pois a princípio chega alienado e, nas atividades, tem a possibilidade de escolha e expressão.

Nosso olhar não se detinha somente na produção. Buscamos evidenciar o lado moral da questão. O insano que trabalha e vê o resultado do seu suor sente-se mais digno, sai da condição ínfima de criatura inútil, promovendo a autonomia e o desenvolvimento de níveis saudáveis.

Procuramos continuar com o processo de construção de uma cidadania dos pacientes, participando de forma direta do resgate da sua documentação. Esse trabalho se tornou complexo porque muitos pacientes não possuíam documentação nenhuma. Pelo contato com cartórios, com familiares, com o Ministério Público e outras instituições responsáveis, conseguimos resgatar muitos documentos. Atualmente a Instituição conta com 85% da sua clientela possuidora de documentação. Além do resgate da documentação, pudemos acompanhar o processo de obtenção de benefícios para os doentes mentais numa tentativa de preservar os direitos do paciente, oportunizando a conquista da concessão de benefícios no INSS. Vislumbramos a tentativa de inclusão dessa pessoa em seu meio social, pois, para o doente mental, é um processo mais atribulado e vem exigindo uma luta específica para que esses direitos sejam legitimados.

A grande maioria dos nossos pacientes nunca teve acesso ao mercado de trabalho devido a sua doença e ao comprometimento mental, por isso, solicitamos o Benefício de Prestação Continuada - BPC, benefício esse previsto na LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). É importante salientar, todavia, que como cita o art. 20 da LOAS para efeito desse benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapaz para vida independente e para o trabalho. Assim sendo, o número poderia ser ampliado, caso não fosse tão restritivo e seletivo, pois a situação do internamento não prejudica o direito ao benefício.

### 3.4 O trabalho de reabilitação psicossocial e a percepção dos atores envolvidos

No decorrer da nossa vivência como estagiária, pudemos participar das entrevistas com familiares dos internos, das reuniões com os pacientes e com a equipe técnica. Foi então que passamos a acompanhar e entender o trabalho das assistentes sociais na instituição psiquiátrica e a importância da família nesse trabalho reabilitacional.

O primeiro fator que chamou a nossa atenção foi o abandono familiar. Participamos do trabalho com essas famílias, realizando algumas abordagens. Procuramos sempre evidenciar a importância da família para o interno e a dor que o abandono causava para ele.

As relações familiares reproduzem as relações de poder existentes na sociedade. E, de acordo com Pichon-Rivière (1988), cabe à família reproduzir a ideologia social, pois o grupo familiar internaliza as funções da sociedade em sua dinâmica, configurando os modelos sociais preexistentes. É necessário então destruir esses pré-conceitos. Existem conflitos que geram o isolamento do indivíduo com sofrimento mental. Mas o calor do envolvimento da família no tratamento em saúde mental é tão fundamental quanto o envolvimento da família nos primeiros anos de vida de qualquer indivíduo, dando-lhe afeto e cuidando de seu desenvolvimento.

Nesse processo que visa à reconstrução dos vínculos familiares e a inclusão social é preciso desconstruir as barreiras que estão entre o indivíduo e a sociedade. Com ele é preciso também desconstruir as representações e o imaginário social, na busca pela cidadania na saúde mental.

A atuação no Hospital de Custódia, dentro das particularidades da saúde mental, coloca-nos diante de uma população caracterizada pela segregação, e a prática profissional parou para repensar os caminhos em busca da saúde mental. O indivíduo tido como doente mental perde os horizontes. As necessidades e carências dessa população exigem uma postura

interdisciplinar, na qual os vários aspectos de sua problemática possam ser visualizados e repensados no enfrentamento do sofrimento mental. Sofrimento que desconstrói o cotidiano. Sofrimento na relação entre os mundos objetivos e subjetivos. Sofrimento que nos faz parar pra pensar a relação do indivíduo e a sociedade.

A postura teórico-metodológica do serviço social contribuiu no processo de desvelamento e desconstrução das representações sociais ao longo do período de estágio.

O convívio como estagiária na Instituição possibilitou um olhar que buscou enxergar os indivíduos em sua totalidade, entendendo a complexidade do universo da saúde mental, evidenciando o trabalho de reabilitação psicossocial como gerador de uma nova cidadania aos indivíduos que se encontram internados na Instituição, tornou-se claro também, após esta experiência, a importância do trabalho em conjunto com a equipe e o compromisso com a prática interdisciplinar, respeitando as diferenças e compactuando valores independentes do olhar diferenciado de cada profissional.

No decorrer do estágio, participando das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, podemos perceber a importância das ações reabilitadoras no processo de recuperação psicossocial na fala de todos os atores envolvidos, desde os pacientes, seus familiares e profissionais que atuam na Instituição.

O tema reabilitação psicossocial surgiu com base da vivência como estagiária na Instituição que nos oportunizou participar do trabalho executado pelas assistentes sociais, ancorado em uma nova visão de saúde mental, na qual o portador de transtorno mental deixa de ser considerado um ser inadaptável, incapaz de pensar coerentemente, dentro dos padrões tidos como normais e passa a ser visto como um indivíduo possuidor de direitos.

A partir de nossa experiência e contato com o Serviço social na Instituição, percebemos que é desenvolvida uma nova proposta de trabalho que permite ao interno o desenvolvimento de sua autonomia perdida. Além disso, oportuniza-se ao doente mental

trabalhar o seu lado saudável. A partir daí verifica-se que por pequena que seja a iniciativa de começar a trabalhar, alimentar-se, pentear-se ou planejar uma festa de aniversário para os companheiros, as atividades contribuem para a restituição de muitas capacidades das perdidas pela segregação que a doença propicia.

Partindo dessa realidade, o presente trabalho teve como foco resgatar junto com profissionais, internos e familiares integrados nessa Instituição psiquiátrica a importância do processo de reabilitação psicossocial para os portadores de transtornos mentais. A seguir passaremos a pontuar esses aspectos.

#### 3.4.1 A representação do processo doença/ reabilitação para os familiares

Muitas pessoas vivenciam situações de adoecimento mental, que desencadeiam sofrimentos tanto para o doente como para os seus familiares. Acreditamos que experimentar tal situação significa conviver com limitações e desgastes no cotidiano familiar, dificultando a convivência com a pessoa que possui um quadro de transtorno psiquiátrico. Considerando esses aspectos, nosso trabalho tem como objetivo buscar compreender a percepção do familiar sobre sua vivência com seu familiar portador de sofrimento psíquico, o processo de internação, o entendimento com relação à instituição psiquiátrica e o trabalho desenvolvido por ela na garantia do direito e da cidadania de seu familiar portador de sofrimento psíquico. A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os doentes mentais ela possui especial importância, pelo fato de essas pessoas, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamento dos membros do grupo.

Acerca do relacionamento do doente mental e sua família, procuramos compreender qual a visão que a família tem sobre a doença mental e a repercussão desta no seio familiar. Tivemos como pressupostos que a família tem um relacionamento conflituoso com o doente,

particularmente por ter pouca compreensão sobre a doença mental, e pelo fato de as psicoses modificarem o comportamento das pessoas acometidas por essa patologia.

A família enfrenta situações de dificuldade por não ter suficiente conhecimento sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, e geralmente não compreende a sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia. Famílias que possuem, dentre os seus membros, um sujeito acometido por uma doença mental freqüentemente tendem a se adaptar com a presença da patologia, inclusive, em alguns casos, precisando se restringir da participação em alguns eventos sociais pelo preconceito existente na sociedade. Além disso, podem precisar mudar determinados hábitos acerca do relacionamento familiar, intensificando a atenção ao doente mental.

Conforme Moreno (2000, p. 23), há uma maior tensão na convivência, a família procura se isolar, ocorre restrição de visitas, diminuem as saídas para passeios, ou seja, o período de lazer diminui.

Para Cavalheri (2002, p. 11), quando a família possui um membro com uma doença mental, toda ela acaba se mobilizando inteiramente. Independente de ser orgânica ou mental, o desgaste é agravado quando se trata de uma doença de duração prolongada, com freqüentes casos de agudização de sintomas.

Após o contato com os familiares dos internos na Instituição buscamos apreender o conteúdo que estivesse relacionado à convivência da família com o doente mental desde a identificação da doença até o processo de internação. A princípio, a identificação da doença provoca um grande desgaste e muitos conflitos, tornando difícil aceitar que um ente querido adoeceu. É muito comum então a família tentar se reorganizar e apagar a doença de sua vida. Tudo isso colabora para que os internados se tornem algo *fora da história e fora da vida* até porque há desconhecimento dos familiares em relação ao que fazer e como cuidar de uma pessoa com tais características.

Além disso, a convivência com o doente mental pode provocar ansiedade e sensação de perda de controle nos demais membros da família conforme fica evidente nas falas dos familiares, por nós entrevistados:

**“Ficamos nervosos vendo ele daquele jeito.” (N.)**

**“Às vezes fico mais louca do que ele.” (M.A.)**

Percebemos na fala dos familiares a dificuldade na convivência cotidiana com o doente mental. Para a família, torna-se muito complexo quando ocorre a agudização dos sintomas da psicose, pois muitas vezes doente não consegue ficar em casa e muito menos dar conta das atividades cotidianas, exigindo uma disponibilidade de ir buscar o doente todas as vezes que sai de casa e de realizar as tarefas domésticas e cotidianas não realizadas mais pelos portadores de transtornos mentais

**“Quantas vezes fui buscá-lo na rodoviária, pois ele fugia de casa.” (A.C.)**

**“Ele não dorme, caminha a noite inteira.” (D.E.)**

Toda a mudança de comportamento, decorrente da psicose, mobiliza muito os familiares. A família tem poucas respostas para suas inquietações, por isso, fica nervosa, ansiosa e com medo. Além disso, há sobrecarga física em função da convivência com um doente mental, pois é necessário que os integrantes sadios do núcleo familiar dêem conta de todas as atividades cotidianas, inclusive aquelas atribuídas ao doente mental antes da exacerbação dos sintomas.

Corroborando com as idéias expostas acima, Koga Furegato (1998, p. 23) aponta que o familiar vai se desgastando em conviver com a pessoa portadora de transtorno mental acarretando sobrecarga física e emocional, privando-se da sua própria saúde para poder prestar assistência adequada ao doente. Já para Oliveira (1998), é o comportamento imprevisível do doente mental que debilita as expectativas sociais e origina incerteza.

Quando ocorre o internamento decorrente de um ato infracional do portador de transtornos mentais, percebemos que os familiares dos pacientes internados têm uma visão positiva da Instituição, sentem um ambiente seguro, onde seu familiar é tratado com dignidade e respeito. Podemos constatar com base nos relatos dos familiares que os doentes, quando internados na instituição psiquiátrica, apresentam melhoras em muitos aspectos: tornam-se menos agressivos, são mais participativos e conseguem se expressar com maior facilidade.

Porém essa visão torna-se perigosa no sentido de eles acreditarem que o verdadeiro lar para os doentes é o hospital, potencializando o processo de deteriorização do vínculo familiar, culminando em um abandono total. Dentro desse contexto, torna-se vital o serviço social trabalhar com essas famílias a importância da presença delas no processo de recuperação.

A integração entre profissional e família é fundamental para a identificação das necessidades e discussão sobre as formas de intervenções mais adequadas para o paciente, promovendo assim uma forma menos sofrida e mais organizada de enfrentar a doença.

Percebemos no discurso de alguns familiares que o acometimento de doença mental no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento representa uma crise, que é expressa pela gravidade de sua manifestação e devido ao longo tempo de duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, produzindo, no portador individual e nos familiares, vivências de frustração e desespero e um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

Após a internação e tratamento psiquiátrico, o portador de transtorno mental geralmente volta ao domicílio para conviver com seus familiares. Se a família não for preparada, apoiada e acompanhada, sua relação ficará insustentável e logo em seguida haverá a necessidade de reinternação.

Observamos que alguns fatores que interferem na readaptação do portador de transtornos mentais no domicílio e conseqüentemente sua integração social são: o ambiente familiar; a alienação da família; o comportamento do portador de transtorno mental e de sua família, a rejeição da família em relação ao familiar doente; o déficit de comunicação entre os membros da família; a cidadania comprometida (sofredor psíquico e sua família), a alteração nos laços afetivos; despreparo da família para conviver com seu familiar desinstitucionalizado, a expectativa da cura e o desconhecimento da família sobre o tratamento.

Algo importante a salientar é que a responsabilidade de cuidar do doente não deve ser repassada somente à família. Devemos lutar contra os conceitos neoliberais existentes, que produzem redução de serviços, provocando um baixo potencial de cobertura assistencial. Tais fatos acabam por transferir totalmente a responsabilidade diária de cuidado com o doente mental crônico às suas famílias, tirando a responsabilidade do Estado de qualquer tentativa de mudança.

#### 3.4.2 A representação do processo doença/ reabilitação para os pacientes

O universo da saúde mental nos fez entrar em contato com uma realidade que aos poucos se descortinava e a simples aparência, como nos foi colocada pelo senso comum, se desvelava em questões complexas. Na procura de um conhecimento verdadeiro, que nos aproximasse da essência das questões levantadas, buscamos o caminho da interdisciplinaridade. Dessa forma, compreende-se o indivíduo como um todo, e o aspecto social motivou a nossa atuação e nossas análises.

Durante nossos contatos com os internos da instituição buscamos identificar a percepção do interno sobre sua doença, o processo de internação, o entendimento com relação

à instituição psiquiátrica e o trabalho desenvolvido por ela na garantia do direito e da cidadania do portador de sofrimento psíquico. Com base na nossa vivência junto aos portadores de transtornos mentais no âmbito hospitalar, identificamos o grau de entendimento que o doente tem sobre o aparecimento do transtorno mental.

Foi possível perceber então que é falso o mito de que o doente ignora sua loucura. Ele tem consciência sobre sua doença. De acordo com Pichon Rivière (1988), a maneira pela qual o doente aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação a suas formas mais absurdas, tudo isso constitui uma das dimensões essenciais da doença.

Podemos identificar isso nos relatos a seguir:

**“Me lembro que comecei a escutar vozes, minha cabeça doía, muitas vezes ficava nervoso.” ( J.B. )**

**Minha mãe diz que foi uma pancada na cabeça, não me lembro, quando fico doente não consigo pensar direito.”(A.O.)**

**“Eu acho que foi da droga que comecei a ficar doente e me colocaram aqui para eu ficar bom.” (B.C.)**

Além da visão do paciente sobre sua doença, procuramos resgatar como o interno percebe o trabalho do serviço social na Instituição psiquiátrica, sendo possível constatar por meio da fala dos pacientes que, apesar de existirem muitas limitações e dificuldades na Instituição, a equipe profissional procura proporcionar aos internos um ambiente mais harmonioso, mais tranquilo, propiciando aos pacientes o cumprimento da medida de forma menos traumática, visando sempre à melhoria assistencial e à humanização do tratamento.

**“Acho que é preciso modificar muitas coisas no hospital, deveria existir um espaço maior onde tivéssemos mais atividades e mais liberdade.” (A.O.)**

**“No começo não gostava daqui, queria ir embora, eu ainda quero, mas agora estou participando do artesanato e dos grupos, sinto necessidade de participar porque posso**

**falar dos meus problemas e não sou criticado, além disso, podemos escolher os assuntos que serão debatidos.” (W. B.)**

No que diz respeito aos grupos e atividades realizados na Instituição, verificamos que estes são muito importantes no processo de recuperação e reabilitação do paciente. Uma das atividades com que os pacientes mais se identificam são os grupos operativos coordenados pelo Serviço Social. Percebemos com base nas conversas com estes que o grupo é um importante espaço, onde os internos conseguem perceber-se como um ser de direitos e voz.

**“Falamos sobre assuntos que nos identificamos.” (W. B.)**

**“Procuramos discutir sobre assuntos relacionados à família, alta, hospital e assuntos da atualidade.” (J. B.)**

O grupo exercita e potencializa o paciente a discutir questões cotidianas, anseios e necessidades, proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem, como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida. Dessa forma, ao mesmo tempo em que aprendem, ensinam também. Nesse sentido, a participação nos grupos proporciona aos doentes mentais um espaço de discussão e aprendizagem e adquire ou recupera sua própria identidade e a identidade dos demais num nível real. Participando das atividades, os doentes exploram e estimulam seu lado saudável, conseguindo assim o controle, a redução e o desaparecimento da psicopatologia.

**“Quando cheguei aqui me sentia mal, daí a assistente social perguntou se queria participar de alguma atividade, depois que comecei a participar, me sinto melhor, hoje me sinto até mais livre.” (J. B.)**

**“Participar das atividades é melhor do que não fazer nada, quando praticamos alguma atividade nos sentimos bem mais tranquilos.” (A.O.)**

Sabemos que a ociosidade provoca nos doentes mentais a potencialização e agravamento dos sintomas. Pelas atividades desenvolvidas, busca-se estimular o paciente a

reconquistar seus espaços na sociedade e a desenvolver habilidades necessárias ao relacionamento social saudável. As atividades trabalham o estímulo e a autonomia, possibilitadas pelo acompanhamento terapêutico. Evocam como instrumento passível de auxiliar essas pessoas a recuperarem certas habilidades perdidas nos anos de internação e a voltarem a viver novamente em comunidade.

Porém, mesmo participando das atividades, numa tentativa de reabilitação psicossocial e reconstrução da cidadania, muitos pacientes apresentam uma resistência a desinstitucionalização. Isso é muito comum, por causa da forma como o tratamento ao portador de transtorno mental foi conduzido ao longo dos anos.

**“Não me sinto preparado para enfrentar as pessoas lá fora.” (W.B.)**

**“Tenho muito medo de sair, não sei como vai ser.” (A.O.)**

A internação prolongada para o doente faz o paciente perder os vínculos e a vontade de participar da vida social. Acostumado com o hospital, sente-se desconfortável e incompreendido em sua casa. Mas essa situação pode ser revertida a partir de uma assistência adequada, preparando-o, juntamente com sua família, para o retorno à comunidade, bastando apenas serviços e profissionais envolvidos com essa questão. É importante ressaltar que, quando falamos em reintegração social do portador de transtorno mental, estamos pensando na sua valorização e integralidade como ser humano, e principalmente na sua cidadania.

### 3.4.3 A representação do processo doença/ reabilitação para os profissionais

Nosso trabalho buscou resgatar, além da importância do processo de reabilitação psicossocial no tratamento dos portadores de transtornos psíquicos, a compreensão dos profissionais que atuam na Instituição sobre o tratamento dispensado historicamente aos

portadores de transtornos mentais, e a concepção destes sobre o trabalho reabilitacional desenvolvido no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Durante nossa trajetória, concomitante com os profissionais da Instituição psiquiátrica, apareceram algumas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e a nova visão de tratamento que despertaram para a necessidade de saber como essas medidas são vistas e qual a aceitação dos profissionais da Instituição.

Diante das manifestações dos profissionais às nossas indagações sobre aspectos da loucura e o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, percebemos que estes acreditam que a atenção historicamente dispensada ao doente psiquiátrico é marcada pela segregação e destruição da dignidade, da liberdade e da vida.

Os doentes mentais sofreram total privação dos direitos humanos e civis, assim como a da justiça natural. O tratamento dispensado ao doente mental foi o mesmo dispensado ao criminoso: o afastamento.

Os profissionais da Instituição buscam atualmente considerar a doença mental como produto das interações entre as condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo e sua estrutura psíquica, seus desejos pessoais, seus projetos de vida. As condições externas para a realização desses desejos e projetos podem ser determinantes ou para o desencadeamento da doença mental, ou para propiciar a saúde mental, isto é, dependendo das possibilidades de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos.

Com base nos discursos da equipe envolvida no trabalho reabilitacional, percebemos a necessidade de reformulação da assistência ao doente mental, mesmo compreendendo que estas mudanças têm se configurado em um campo de conflito bastante intenso, visto que a reforma proposta por distintos grupos sociais apresenta divergências em relação às mudanças a serem realizadas, conforme a inserção social e interpretação dos sujeitos que a apresentam. Independente disso, a discussão da mudança da legislação vigente tem-se constituído em um

fator importante no sentido de questionar os modelos hegemônicos de assistência ao doente mental e propor novos modos de pensar e fazer em saúde mental.

Reforma psiquiátrica de acordo com o entendimento dos profissionais é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. Na concepção da equipe multidisciplinar, para que ocorram mudanças nessa contextualização, torna-se necessário a efetivação de uma nova visão de tratamento psiquiátrico e a construção de uma cidadania plena aos portadores de sofrimento psíquico.

A reabilitação psicossocial se encaixa perfeitamente nesse conceito e sobre esse tema os profissionais foram unânimes quanto à importância. Propicia ao paciente desenvolver ou reencontrar sua capacidade de procurar e descobrir soluções, repensar, reestruturar, formar, reencontrar novos relacionamentos, exercendo sua capacidade de reflexão e crítica, possibilitando assim reorganizar a reconstrução de fatos e de lembranças facilitando o retorno as relações afetivas e sociais. Porém a desinstitucionalização não deve ser aplicada apenas no interior do hospital psiquiátrico, pois, de acordo com Rotelli & Amarante (1992), ela deve propor a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, de reabilitar no contexto, restituindo a relação com as instituições sociais e possibilitando a recuperação da contratualidade.

No discurso dos profissionais, torna-se presente a necessidade de uma nova ética no cuidado: não mais o isolamento e a classificação, mas a inclusão, o acolhimento, a compreensão e a ampliação da cidadania pela mudança do olhar do trabalhador de saúde mental sobre um novo prisma, em que estes se reconheçam como agentes de mudança, na medida em que não se resignarem ao papel de agentes da opressão e da exclusão.

A superação das práticas repressivas e excludentes, características do modelo de atenção médico-psiquiátrica, em direção ao desenvolvimento de modos de cuidar/tratar, voltados para a atenção psicossocial, é algo já bastante difundido no discurso do movimento

de reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, a constituição de uma rede de serviços extra-hospitalares apenas facilita, mas não garante a execução desse projeto terapêutico inovador.

Apesar da iniciativa de um tratamento reabilitacional e resultados satisfatórios, os profissionais ainda sentem certa dificuldade em trabalhar com essa mescla de hospital e presídio. Essa dupla vertente nos hospitais de custódia, de acordo com a equipe interdisciplinar, é identificada como sendo responsável pelas limitações técnicas do Hospital, sendo necessárias muitas mudanças para que a Instituição possa se efetivar como uma unidade terapêutica.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando se fala em um novo tratamento ao portador de transtorno mental, muitas críticas e questionamentos são colocados em pauta, por exemplo, como é feito esse trabalho em um hospital em condições tão diferenciadas do molde clássico e qual o papel do profissional de serviço social na Instituição.

Inicialmente gostaria de expor que tais questionamentos são fundamentais na construção de uma identidade do profissional do serviço social no contexto hospitalar. Se bem aproveitadas, podem estar contribuindo na definição do papel do profissional assim como em sua preocupação em estar depurando sua prática e seu compromisso com o paciente e com a instituição.

O trabalho no Hospital, melhor do que qualquer descrição ou discussão em livros viabiliza a percepção da forma como funciona o indivíduo numa situação de internação e doença, que defesas o interno lança mão para se adaptar à nova situação.

O estágio no Hospital trouxe lições de existência mostrou um pouco da vida como ela é, seu contraste, de forma intensa, crua, sem películas, sem máscaras, o que acabou fazendo com que me sentisse, me pensasse, me conhecesse um pouco mais. Proporcionou um aprendizado prático e teórico de atuação na equipe de saúde mental como um grupo multiprofissional, podendo, assim, perceber a integração da psique e do soma e as relações advindas dessa individualidade.

De acordo com os objetivos propostos, verificou-se que o saldo final do estágio foi bastante positivo. Percebeu-se que, cada vez mais, o assistente social tem ocupado seu espaço na equipe de saúde mental. O atendimento humanizado e a necessidade de se trabalhar não só o corpo, mas também os sentimentos e as emoções dos pacientes têm sido verificados cada

vez mais intensamente na prática profissional, tornando evidente toda a amplitude e - ao mesmo tempo - especificidade do nosso trabalho.

O contato com tantas coisas inimagináveis, desconhecidas, ao passo que proporciona amplitude de conhecimentos, proporciona também o contato com o sofrimento do outro, na medida em que esse outro é tão igual a nós, em que seus medos e defesas assemelham-se muito aos nossos.

Na tentativa de analisar tudo o que foi vivenciado nesse estágio, é possível afirmar que a prática do profissional de Serviço Social é muito rica em conteúdo, mas, ao mesmo tempo, árdua, difícil. Lidar com o outro, com o enfermo, desperta uma mistura de sentimentos, dos quais posso destacar frustração, impotência, revolta, tristeza, gratificação, emoção, alegria, e muito mais. Trata-se de uma experiência em que é possível repensar a vida, o direito à dignidade e o sofrimento humano.

E a partir de toda essa reflexão, torna-se possível evidenciar a ineficiência do tratamento tradicional utilizado durante longos anos nas instituições psiquiátricas, tratamento que só proliferou a segregação, o abandono e a cronificação da doença. As internações prolongadas em manicômios constituíram fatores predisponentes ao favorecimento do isolamento e à dissolução de vínculos.

Um dos maiores desafios postos na contemporaneidade aos profissionais que atuam na saúde mental é elucidar de que forma o hospício participa da reprodução das relações sociais de classe. É compreender a demanda pela institucionalização psiquiátrica ou, em outros termos, dos obstáculos ao retorno do paciente ao convívio social, como expressão da questão social.

O presente trabalho na Instituição psiquiátrica possibilitou-nos compreender que, para acontecer a inclusão dos doentes mentais como cidadãos, no processo terapêutico e na sociedade, é necessário ir muito além do que reorganizar a rede de serviços ou substituir

técnicas terapêuticas. É necessário, inicialmente, que trabalhadores da saúde mental reconheçam a sua condição de cidadania: sujeitos integrantes de um aparato institucional (saber e práticas psiquiátricas) que representou, na história da civilização ocidental, um importante mecanismo de controle social. A partir daí, podem se perceber também como agentes de mudança, à medida que não se resignam ao papel de agentes da opressão e da exclusão.

A reformulação de posturas com relação aos portadores de transtorno mental vem tentando criar mecanismos que viabilizem alternativa de tratamento mais digno e humanizado, uma assistência voltada para a cura e não para a exclusão. É dentro desse quadro que se situa a proposta de reabilitação psicossocial que se direciona a um processo de construção de uma nova cidadania aos portadores de sofrimentos psíquicos.

A reabilitação visa inserir o paciente psiquiátrico a seu meio vivencial, ou seja, a sua família e comunidade.

Ao discutir a reabilitação do portador de transtorno mental, a qual neste estudo denomino reinserção social, destaca que, ao intervir, o profissional precisa estar atento para ajudar o reabilitado a melhorar sua qualidade de vida; aumentar a suas probabilidades de sucesso; aumentar a satisfação por ele sentida; ajudá-lo a conhecer e gerir suas limitações; ajudá-lo a adquirir/readquirir suas competências possíveis; ajudá-lo a implementar estratégias para melhor gerir sua realidade total; ajudá-lo a participar e promover a sua cidadania integral (CORDO, 2000, p.10).

Concordamos com a autora ao afirmar que proporcionar essa ajuda à pessoa é de extrema importância, mas, em nosso ponto de vista, se não estendermos esse cuidado à sua família a reabilitação/reinserção social fica comprometida, porque muitas vezes é a própria família quem discrimina e desacredita a capacidade do portador de transtorno, como se pode observar em nosso estudo.

A questão da reabilitação social deve ser vista pelos profissionais como uma questão ética. A humanização deve ser a marca de todas as nossas intervenções, que a pessoa com transtorno mental deve ser vista como um cidadão de pleno direito.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: Saúde em Debate. 45: 43-46, dez. 1994.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão*, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BERG J.H. Van Den. **O Paciente Psiquiátrico**: Esboço de Uma Psicopatologia Fenomenológica. São Paulo: Psy II, 1994.

BRASIL. Projeto de Lei da Câmara dos Deputados Federais nº 3.657-A, 15 de janeiro, de 2001.

CARDOSO, Roberta Gabriella. *Unidade de Gestão Participativa: um espaço para reabilitação psicossocial de pacientes portadores de transtornos mentais*. Florianópolis: UFSC, 2000.

CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e Orientação à Família**. Mesa Redonda: Importância da Família na Saúde Mental, 2002.

CORDIOLI, Maria Sirene. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**: os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos. Florianópolis, 2003.

CORDO, M. Ética e reabilitação. **Hospitalidade**. Lisboa, n. 248, p. 9-13, abr./jun., 2000

DELGADO, P.G.G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. In: Saúde em Debate. 1989

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974

GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Experiência de um grupo Vivencial**. Florianópolis: UFSC, 2001

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE R.C. (org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. Ribeirão Preto: USP, 2000.

OLIVEIRA, M. B.; JORGE, M. S. B. Doente Mental e sua relação com a família. In: LABATE R.C.(org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PITTA, A. M. F., & DALLARI, S. G. (1992). A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. *Saúde em Debate* (Londrina)

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.80-8.  
RESENDE H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. São Paulo: Vozes, 1987.

RAUTER, C. **Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas.sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SINGER, Paul. **Prevenir e Curar**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1987.

TEIXEIRA BRANDÃO, J. C. A psiquiatria, sua evolução. Doutrinas velhas e novas. Arq.Bras.De Psiquiatria Neurologia e Ciências Afins. 1907