

ELEUSA KLIPP DE OLIVEIRA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO FRENTE À
REFORMA PSIQUIÁTRICA – DESAFIOS E POSSIBILIDADES

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 10/08/06


Rosana Maria Gaio
Deplo de Serviço Social / CSE

FLORIANÓPOLIS (SC)

2006

ELEUSA KLIPP DE OLIVEIRA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO FRENTE À
REFORMA PSIQUIÁTRICA – DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Federal de
Santa Catarina – UFSC, como
requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Serviço
Social.

ORIENTADORA: PROFESSORA CLÁUDIA VOIGT

FLORIANÓPOLIS (SC)

2006

ELEUSA KLIPP DE OLIVEIRA

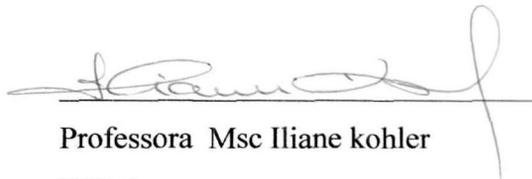
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO FRENTE À REFORMA
PSIQUIÁTRICA DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Federal de
Santa Catarina – UFSC, como
requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Serviço
Social.



Professora Dra. Cláudia Voigt

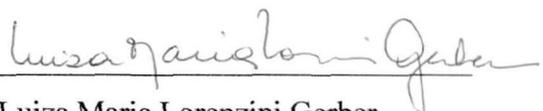
UFSC



Professora Msc Iliane Kohler

UFSC

BANCA EXAMIDORA:



Luiza Maria Lorenzini Gerber

Assistente Social

AGRADECIMENTOS

Essa é a parte que eu mais gosto de escrever, porque aqui a gente se retrata mesmo. Mas, em razão de serem tantas as pessoas que me apoiaram, talvez não caiba neste espaço tudo que eu teria de dizer, por isso, eu me reservo a ser sucinta e lembrá-los brevemente.

Gostaria de agradecer, primeiramente, a Deus que não me deixa vacilar quando eu quero desistir, ele me propõe sempre uma nova caminhada.

Agradecer a minha irmã Maria José, meu cunhado Dirceu, minhas sobrinhas, Cristina, Marcela e Luiza, que continuam sendo meu refúgio.

Aos amigos Cláudio, Jaque, Rodrigo e Maria Motoca, pelo apoio, estamos sempre nos reunindo em nossas casas.

Aos colegas da Neonatologia do Hospital Universitário, meu último campo de trabalho, lá nós dividimos não só uma equipe de trabalho, mas outros sentimentos.

Aos colegas que fiz nas Universidades por quais passei e não foram poucos.

Aos professores que souberam nos levar a interrogarmos as coisas, não deixando que aceitássemos, facilmente, o que fora socialmente estabelecido.

Aos profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, especialmente, a equipe de Assistentes Sociais, Maria Sirene Cordioli, Maria Emilia e Rita de Cássia, cada uma com seu modo peculiar de atuação, mas sempre incansáveis. Também as professoras, Maria Inês, Rosana e Clarice, e dizer a todos, indistintamente, que, aqui o coração fala mais alto, e o que vai de coração não cabe no papel.

Muito obrigada.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi responder a uma indagação sobre a difícil tarefa de reinserir o portador de transtorno mental infrator na sociedade, diante do atual modelo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP frente às propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Às portas do século XXI, a assistência psiquiátrica ainda tem um conjunto de questões a serem retomadas e discutidas pelos trabalhadores em Saúde Mental. A história clássica nos mostra a trajetória da “loucura” e os modos com os quais uma sociedade pensou a respeito do “louco” através de diferentes pensadores que o analisaram. Os hospitais psiquiátricos nascem no conjunto das demais instituições modernas como instâncias de regulação social, atribuindo ao portador de transtorno mental um lugar demarcado ao ser objetivado e associado à noção de pobreza e perigo numa sociedade que se queria moderna. A leitura histórica demonstra que o internamento do “louco” se revela inoperante e prejudicial, tendo na Reforma Psiquiátrica a possibilidade de crítica. À medida que avança, o processo da Reforma propõe novas formas de agenciar o cotidiano do portador de transtorno mental, recusando o modelo do manicômio e privilegiando o espaço externo com os serviços alternativos. Apesar disso, a discussão dos manicômios judiciários são recentes dentro das propostas do Ministério da Saúde e da Reforma Psiquiátrica. O HCTP, em função do duplo caráter hospital/prisão, nas propostas da Reforma evolui lentamente. O Serviço Social e o conjunto de uma equipe multidisciplinar da Saúde Mental luta com dificuldades para efetivar a cidadania do portador de transtorno mental infrator, e muitas vezes não consegue ultrapassar os muros da instituição. A política neoliberal do Estado brasileiro impõe restrições às práticas das políticas de saúde, previdência e assistência. Os Assistentes Sociais trabalham nas contradições da sociedade e, como profissionais, têm relativa autonomia no processo coletivo de trabalho. No entanto, esses fatores não os impedem de criarem outras possibilidades no seu processo de trabalho, porque o próprio projeto ético-político profissional lhes dá o suporte de base para atuar. Assim, a superação das práticas tradicionais nos novos modelos de atenção em saúde mental leva os profissionais a buscarem alternativas que têm nos projetos de geração de renda e trabalho um ponto convergente com as propostas da Reforma Psiquiátrica. No HCTP, embora tais projetos tenham a função terapêutica, ao mesmo tempo são vistos como possibilidades de reinserção social dos mesmos.

Palavras-chave: HCTP, Reforma Psiquiátrica, Serviços Alternativos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA “LOUCURA”	10
	2.1 <i>Discussão sobre o modelo psiquiátrico no Brasil</i>	17
	2.2 <i>Mudança de paradigma</i>	22
3	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	24
	3.1 <i>Reforma Psiquiátrica – processo histórico</i>	24
	3.1.1 <i>Propostas de Serviços Alternativos</i>	29
	3.2 <i>Atualidade da Lei Nacional – Propostas da Reforma Psiquiátrica</i>	33
	3.2.1 <i>Manicômios Judiciários</i>	37
	3.2.2 <i>Inclusão Social pelo Trabalho</i>	40
4	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS	41
	4.1 <i>Modelo Assistencial</i>	41
	4.2 <i>Modelo Assistencial do Serviço Social</i>	45
	4.3 <i>Repensando a experiência do estágio nos Projetos Terapêuticos</i>	52
5	CONCLUSÃO	59
	<i>REFERÊNCIAS</i>	65
	<i>APÊNDICE A – Projeto Curso de Tear</i>	73
	<i>APÊNDICE B – Fotos Projeto Curso de Tear e Divulgação no I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental</i>	87
	<i>ANEXO A – PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353</i>	88
	<i>ANEXO B – PORTARIA Nº 1.169/ GM</i>	89

1 INTRODUÇÃO

A compreensão da “loucura” como doença esteve associada, durante muito tempo, à noção de pobreza e perigo a uma sociedade que se queria moderna nos séculos XVIII e XIX, tanto na Europa como no Brasil. Compreender como se apresenta a situação do portador de transtorno mental dentro da atual Política de Saúde Mental significa reconhecê-la como um campo complexo composto por diferentes atores que interferem nas políticas públicas e, especialmente, nas políticas de assistência em saúde mental. Isto não significa que tenhamos que procurar a etiologia da doença mental, outrossim, entendermos as formas como uma sociedade historicamente pensou e atribuiu socialmente o status de “louco” àquele considerado desviante para a ordem social de uma época.

O termo “loucura” comporta muitos conceitos e, apesar de estar desatualizado na era contemporânea, continua suscitando muitas interrogações e promovendo muitos discursos quanto a sua caracterização como doença em diferentes meios sociais. O que sabemos, a princípio, é que um dia existiu algo a que se chamou de “loucura”, ou seja, o modo de viver e de comportar-se de forma diferente é tão antigo como a humanidade. Mas, compreender a saúde mental hoje significa que devemos refletir sobre os caminhos que as políticas de saúde tomaram na sociedade brasileira, o mesmo poder-se-ia dizer da cidadania do portador de transtorno mental, indivíduo estigmatizado por longos anos e recluso do espaço social.

A mudança de um hospital psiquiátrico tradicional para as novas formas de organização também percorrerá caminhos diversos e dentro da Reforma Psiquiátrica foi um processo que demandou muita vontade política por parte do movimento denominado de antimanicomial, que não foi homogêneo, mas fragmentado, muitas vezes inscrito num processo particular dentro da saúde em geral. E, se contextualizarmos para o presente, a saúde mental permanece como um compartimento da saúde em geral e, talvez por isso, não se inclua em projetos mais amplos. E, se hoje temos as expressões da questão social do portador de transtorno mental expressas de múltiplas formas não podemos esquecer que um dia suas demandas foram consideradas como “caso de polícia”. Do passado ao presente, não estamos longe de presenciar ainda na nossa sociedade um atributo pejorativo ao portador de transtorno mental.

O Brasil enfrenta hoje, no campo de Saúde Mental, um processo de transformação que repercute para além das questões relacionadas ao modelo de assistência e tal processo foi motivado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, surgida no final da década de 70. Este

movimento inseriu na pauta das políticas públicas o tema “desinstitucionalização” e de mudança radical do modelo de atenção em Saúde Mental. (AMARANTE, 1994).

Ao pensarmos em reforma automaticamente nos vem a idéia de que algo deva ser reconstruído, alguma coisa se partiu na história. Buscar a explicação para isso não significa que devamos apenas pensar no espaço físico, ou de outra forma que deva ser remodelado o espaço onde necessariamente deverão ocupar as pessoas portadoras de transtornos mentais. O que se leva a efeito, segundo Lobosque (2003), é um empreendimento social que permite tanto questionar o seqüestro, o exame permanente e exaustivo, o esquadrihamento meticuloso dos espaços, quanto as próprias práticas exercidas pelos profissionais dentro das novas políticas de atenção em saúde mental.

O desafio que é posto atualmente aos trabalhadores de saúde mental engloba entre outros requisitos, principalmente, desconstruir todo um conjunto conceitual de crenças e valores atribuídos socialmente ao “louco” durante a história. Diante da realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos ainda existentes no Brasil, a situação torna-se mais caótica em função das relações com a “loucura” ainda contarem com todo um aparato jurídico punitivo imposto àquele que se confronta com a lei.

Ao fazer tais afirmativas nesta introdução buscou-se pontuá-las dentro de referenciais teóricos apreendidos no percurso de construção do trabalho que posteriormente será apresentado e, não sem razão, apreendê-los por diferentes opiniões sobre a temática de saúde mental, tendo uma postura crítica como o próprio projeto ético-político profissional nos ensina dentro do Serviço Social. Se procurarmos em Yamamoto (2001), encontraremos subsídios de sobra para compreendermos que a questão social na contemporaneidade requer buscarmos a historicidade dos fatos ou, nas suas palavras, ultrapassar uma visão focalista e olhar o Estado em suas relações com a sociedade, extrapolar o Serviço Social para melhor apreendê-lo na história da sociedade da qual ele é parte e expressão.

Assim, com a convicção de que criticar sem conhecer os fatos e a história pode ser um caminho equivocado que não produz nenhum efeito em termos de possibilidades de mudança é que se delimitaram os objetivos para este trabalho. Reconhecem-se, no entanto, as limitações de uma principiante que se aventura a escrever sobre esta área tão complexa, que muitas vezes se apresenta quase como indecifrável. Nesta compreensão, vale destacar, que o presente Trabalho de Conclusão de Curso foi fruto da experiência de estágio realizada no Serviço Social do HCTP de Florianópolis, no período de 2005. Esse período de aprendizado foi um momento de grandes questionamentos em relação à reinserção do portador de

transtorno mental infrator, no meio externo, especialmente, às dificuldades que os profissionais encontram para propor alternativas de intervenção.

Partindo desses pressupostos, e em comum acordo com as orientações da supervisora pedagógica que prontamente, dispôs-se a orientar este trabalho, o objetivo geral foi delimitado por:

- Identificar nas propostas da Reforma Psiquiátrica no Estado o que vem sendo construído em termos de avanços na política atual de saúde mental. Dentro dessa proposta mais ampla relacionar com o presente do HCTP, destacando os limites e possibilidades de novas propostas e, com isso fomentar as discussões acerca do atual modelo de assistência psiquiátrica, que venha a contribuir para novas abordagens.

Em consonância com o objetivo geral, outros objetivos se fizeram necessários, como por exemplo:

- 1º. Contextualizar o conceito de "loucura" no seu processo histórico;
- 2º. Conhecer o processo histórico da Reforma Psiquiátrica;
- 3º. Identificar as propostas que vem sendo discutidas dentro do atual modelo de saúde mental, no município, direcionadas ao HCTP;
- 4º. Apontar modelo do HCTP e o Serviço Social na Instituição;
- 5º. Resgatar a experiência do projeto terapêutico (Oficina de Tear), implementado no ano de 2005.

Para a consecução dos dois primeiros objetivos, a metodologia de trabalho exigiu uma pesquisa exaustiva através de um conjunto de autores que se empenharam em descrever a história clássica da psiquiatria, bem como o processo da Reforma Psiquiátrica, como forma de compreensão da trajetória do portador de transtorno mental. A bibliografia foi fornecida pelo acervo de livros do Serviço Social do HCTP, e escolhida gentilmente pela Assistente Social¹, a qual esteve sempre presente nas orientações e preocupada em manter a aluna informada. A discussão dos dois primeiros objetivos será apresentada nos Capítulos 2 e 3 deste trabalho.

Para o terceiro objetivo procurou-se realizar uma visita à Coordenadoria Estadual de Saúde Mental do Estado, em que foram disponibilizados materiais informativos do Ministério da Saúde, entre outras propostas dos Colegiados em Saúde Mental no município de Florianópolis. Assim como, para subsidiar melhor o trabalho, o I Congresso Estadual de Saúde Mental ocorrido no mês de junho de 2006 foi um importante espaço para identificar o

¹ Maria Sirene Cordioli, nº CRESS: 109 – 12ª região.

que vêm sendo discutido em termos de propostas gerais da política atual de saúde mental, que também serão apresentadas no Capítulo 3.

O modelo do HCTP, assim como, o modelo do Serviço Social na Instituição e o resgate da experiência de estágio, foram descritos a partir das observações participantes que ocorreram no período de estágio, as quais constam em Diário de Campo e Relatório de Estágio apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina. Além disso, foram importantes contribuições os trabalhos de pesquisa realizados pelas Assistentes Sociais da própria instituição, entre eles se destacam dois para este trabalho, o de Cordioli (2004) e o de Darós (2004), que estarão presentes na discussão do Capítulo 4.

Diante de todos os objetivos concluídos, as avaliações e considerações gerais tomam como pressupostos as categorias: desafios e possibilidades dentro das propostas da Política de Saúde Mental e do próprio momento da Reforma Psiquiátrica diante do modelo vigente do HCTP de Florianópolis.

Nesta perspectiva, o presente Trabalho de Conclusão de Curso não pretende esgotar o assunto, mas na compreensão de que a história está sempre a ser retomada, certamente, há caminhos abertos para novos atores retomarem o fio da história e elaborarem novas considerações sobre o trabalho com o portador de transtorno mental.

2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA “LOUCURA”

Desde os tempos mais remotos, sabe-se que existiu algo a que se chamou de “loucura”, porém, sua compreensão passou por diversas fases dentro da história da humanidade. Na antiguidade, o entendimento que se tinha era que a “loucura” era resultante da ação sobrenatural. Na visão dos filósofos gregos, a “loucura” era um capricho dos deuses, desequilíbrio ou insensatez, situações estas experimentadas pelo “louco” como forças que ele não podia conter. (PESSOTI, 1995).

A “loucura” como doença encontra-se caracterizada mais ou menos nos séculos XVII e XVIII na Europa ocidental. Na Idade Média, a identificação da “loucura” estava associada à concepção religiosa, dos feitiços, dos espíritos, como podemos observar nos construtos de Foucault (2005). Quando este autor descreve a “loucura” na Idade Média, pontua que ela está dividida entre os poderes do espírito, que lhe dá sentido abstrato e as causas orgânicas, que lhe dá a existência concreta. Neste período, o universo social do “louco” é reconhecido de outro modo, reagrupado, de certa forma, delimitado por uma prática que o isola do mundo, contudo sem ainda lhe atribuir um estatuto exatamente médico.

Ao longo da história da humanidade, muitos são os rótulos aplicados às pessoas com transtornos mentais, como *selvagem*, *excêntrico*, *pecador*, *lunático*, *insano* ou “*louco*”. Todas essas denominações são fortemente influenciadas pelas crenças predominantes em cada modelo de sociedade que se vivenciou no mundo. (ROEDER, 2003).

Com a estrutura das revoluções científicas, o modo de viver e de comportar-se de uma forma diferente da comum foi motivo de preocupação para a humanidade. O cerne desta questão é apresentado em relatos de diversos autores, que trouxeram para a discussão as diferentes condutas adotadas acerca da “loucura”.

Segundo Dias (1997 apud PUEL, 1997), a ascensão social da burguesia, classe pautada na concepção de primazia da razão e na centralidade do homem, estabelece os postulados de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, incorporados à Declaração dos Direitos Humanos. Contudo, esse caráter crítico-transformador do Estado Moderno, ao pensar o homem numa nova lógica (puramente racional) cria a contradição entre a liberdade do indivíduo e a segurança da sociedade, determinando a ele outros espaços onde o diferente não tem mais lugar. (MARCA, 2003). Neste período, os leprosos, mendigos, desempregados, prostitutas, pessoas sem teto e o “louco” eram retirados das ruas para limpar as cidades, como nos conta Foucault (2005). A “loucura” viria a substituir a lepra como principal objeto de exclusão da

sociedade, ou seja, a ciência precisava de outro fenômeno que seria o seu novo objeto de estudo. A partir de Foucault, podemos compreender que o caminho que conduz ao conhecimento do “louco” não foi tanto o avanço do pensamento científico, na medida em que a ciência não é considerada um caminho somatório, mas a idéia de ruptura de um determinado contexto, que deveria construir regras de convivência. No contexto da Revolução Francesa, a “loucura”, antes entendida como magia, torna-se problema médico em que o “louco” foi absorvido numa massa indiferenciada. (FOUCAULT, 2005).

A história da “loucura” pode ser contada a partir da criação deste novo modelo de mundo e de homem, ou de um novo sujeito na modernidade dos séculos XVIII e XIX.

O processo mercantil em expansão faz com que as estruturas ideológicas sejam determinadas pelas bases sociais que as sustentam e afetem a maneira de viver da sociedade, produzindo não só um lugar para o “louco” excluído do meio social, mas o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência do sujeito racional e responsável cívica e legalmente. Todavia, a lógica do internamento não resulta apenas das estruturas administrativas, pois não são apenas as estruturas e as organizações que estão implicadas, mas a consciência que se tinha da “loucura”, afirmando que foi de uma maneira bem planejada que se passa o “louco” de um hospital geral para o registro de correção.

A Reforma e a Contra-Reforma da Igreja também aparecem como influenciadoras para o isolamento do “louco”, ao lançarem um novo olhar sobre a miséria e os deveres de assistência ao pobre, novas formas de reação diante dos problemas que surgiram no plano econômico do desemprego e da ociosidade. A miséria pressupunha que o indivíduo não mais pedisse esmola, pelo contrário, fazia com que o homem se ocupasse de seus deveres para com a ordem. “A miséria doravante não é mais considerada numa dialética da humilhação e da glória, mas numa certa relação entre a desordem e ordem que a encerra numa culpabilidade.” (FOUCAULT, 2005, p. 58).

Assim, a razão não será atestada apenas pela experiência médica que ordenará seus conceitos e suas medidas analíticas da “loucura”, mas por um arcabouço jurídico e político. O sujeito delirante perde a cidadania e deixa de ser um ator social para torna-se objeto do saber que o institucionaliza. O entendimento da psiquiatria, nesse sentido, era de que o “louco” precisava de um espaço próprio, com cuidados médicos, um local adequado de intervenção sobre a “loucura”.

Para Amarante (1998), os primeiros hospícios exerciam a função de hospedaria (Hospitais Gerais, Santas Casas de Misericórdias) e representavam um local de recolhimento

onde as pessoas ficavam todas misturadas. Depois da Revolução Francesa, o hospital deixa a conotação religiosa para se tornar espaço de conhecimento.

A partir de Pinel funda-se o conceito de “alienação mental” como sinônimo de “mania”, ou seja, o alienado era considerado “fora da realidade” ou no “mundo da lua” e, junto com esse conceito, surge a noção de periculosidade, em que o alienado não poderia mais participar da cidade, precisaria ser observado e tratado.

Segundo Dias (1997), Philippe Pinel, no século XVIII, foi considerado um dos pioneiros a favor da institucionalização do “louco”, a partir das seguintes argumentações: (1) hospital como lugar de exame para conhecer, (2) hospital como lugar terapêutico de isolamento, pois as instituições passam a ser organizadas de forma a afastar as influências maléficas do meio externo. portanto, a instituição como um instrumento de cura e do conhecimento da “loucura” ao mesmo tempo deveria pautar-se num regime correccional.

Foucault (1987), ao discorrer sobre as Instituições Modernas, ajuda-nos a entender melhor a distribuição do espaço e sua finalidade. Ele define as disciplinas como um recurso que garantiria a distribuição dos indivíduos de forma que permitisse demarcar os seus lugares na instituição.

O asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento da correção vigiada, e por um lado os hospitais, de um modo geral todas as instâncias de controle individual funcional num duplo modo: o da divisão binária e da marcação (louco-não-louco; perigoso-inofensivo; normal-anormal); (quem é ele; onde deve estar; como caracterizá-lo; como exercer sobre ele, de maneira individual, uma vigilância constante). (FOUCAULT, 1987, p.164).

Nesse raciocínio, para o autor, as disciplinas como organização seriam uma técnica de trabalho, econômica e útil ao mesmo tempo para o sistema das instituições modernas. O sujeito poderia ser mais bem observado, com menos pessoal para realizar a vigia, porque ao mesmo tempo em que o indivíduo era observado, ele também observava os outros, e também se auto-observava. Uma espécie de maquinaria do poder, que o autor descreve a partir do Panóptico de Bentham. Com efeito, talvez possamos pensar que menos para o bem estar do “doente mental”, e mais para a estruturação das instituições.

As disciplinas, organizando as celas, os lugares e as fileiras criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. [...] recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores: garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma economia dos tempos e dos gestos. (FOUCAULT, 1987, p.126).

O autor, através de seus estudos, tenta nos dar a compreensão senão da “loucura” propriamente em si, mas pelo menos da atitude que as sociedades dos séculos XVIII e XIX da Europa Ocidental tiveram em relação a ela.

A “loucura” é o lado despercebido da ordem, que faz com que o homem venha a ser, mesmo contra a vontade, o instrumento de uma sabedoria cuja finalidade ele não

conhece: ela mede toda a distância entre a previdência e a providência, cálculo e finalidade. [...] A partir do século XVII, a “loucura” se deslocou imperceptivelmente na ordem das razões. [...] O “louco” afasta-se da razão. (FOUCAULT, 2005, p. 179).

Assim, nascem as Instituições Modernas, com a função de produzir efeitos educativos e quem estivesse fora da norma ou fora da razão deveria, necessariamente, ser isolado e educado de forma a corrigir-se. Esse modelo de instituição substituiu o que antes fora

essencialmente uma instituição destinada à assistência aos pobres [...] a partir da criação do hospital geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra), das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, a era clássica interna. (FOUCAULT, 2005, p. 111).

Darós (2004) afirma em sua pesquisa que a criação do hospício foi uma resposta aos problemas sociais causados por pessoas sem trabalho, que viviam na ociosidade, a perambular pelas ruas, e que ameaçavam a ordem pública.

Os hospícios se espalharam mundialmente, constituindo-se em instituições cuja modalidade era a de intervenção sobre a “loucura”. Por muito tempo, essa forma de tratamento perdurou e manteve-se inalterada apresentando características excludentes. Para Brito (2001), os asilos eram uma espécie de instâncias de julgamento, onde o doente era vigiado nos seus gestos, contradito nos seus delírios, ridicularizado no seu erro e, em seguida, recebia uma sanção por sua conduta moral.

Os reformadores da assistência ao “louco” viam no internamento um direito ao tratamento e, se o indivíduo fosse incapaz do juízo, incapaz da verdade seria, por extensão, perigoso para si e para os outros. Rotelli (1990), ao recordar a posição assumida pela instituição psiquiátrica clássica, não a coloca como vilã da história e dá a ela outra definição, revelando que o manicômio se constituiu sobretudo como lugar de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, mostrava-se incoerente diante da interpretação do problema-solução de instituições como a Medicina, a Justiça e a Assistência. E por isso, na opinião do autor, a psiquiatria se constituiu no cruzamento dessas instituições, assumindo o dever de absorver tudo que resta da lógica problema-solução. De outra forma, a Psiquiatria se revelou como administradora daquilo que as demais instituições do Estado não deram conta de atender, mesmo que impossibilitada de conhecer o problema e de apresentar para ele uma solução.

Coube à Medicina Psiquiátrica isolar preventivamente o “louco” com o objetivo de reduzir o dano ou o possível perigo que a sua simples existência poderia acarretar à sociedade. Mas, realizar esta ação implicava, principalmente, organizar um espaço e disciplinar um comportamento entendido como anormal. Amarante (2006), ao abordar esse contexto da

Medicina, lembra-nos que Pinel foi considerado o pai da Psiquiatria não só por desacorrentar os alienados, mas justamente por organizar a estrutura dos hospitais, criando uma condição para analisar detalhadamente o “sujeito” e descrever o quê estava sendo visto.

A questão que se apresenta não é filosófica, no dizer de Arejano (2002), é antes histórica. É justamente anotando a resposta que uma dada época dá ao “problema” que é possível observarmos sua relação com o poder político, econômico e social de um determinado período.

Goffman (1974), ao definir os hospitais psiquiátricos como “instituições totais”, bem como suas práticas de internamento, reconhece que muitas vezes elas ficam longe de seus objetivos oficiais. Nelas, os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos e os indivíduos internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados. Os internos devem dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. De outra forma, nos leva a pensar que ao incluir os indivíduos sob um mesmo plano racional de organização, acaba homogeneizando a todos.

As “instituições totais” na versão do autor citado se caracterizam pela ruptura das barreiras, que comumente separam três esferas da vida,

[...] primeiro, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. [...] segundo, cada fase da atividade diária dos participantes é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. [...] terceiro, todas as atividades rigorosamente são estabelecidas em, horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 1974, p. 17).

Embora o autor aponte que nem todos os estabelecimentos estudados apresentem os mesmos objetivos, ele reconhece a distinção destes em relação às instituições totais, pelo traço comum das práticas rotineiras atribuídas nestes espaços. Cordioli (2004), ao referenciar sua pesquisa no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, traz para a compreensão uma releitura de Goffman que melhor define essa questão.

A mobilidade social entre dirigentes e internados é grosseiramente limitada, na medida que a equipe dirigente vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; tende a sentir-se superior e correta. Os internados, ao contrário, vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. E, pelo menos sob alguns aspectos, sentem-se inferiores, censuráveis e culpados. (GOFFMAN, 2004, p. 13).

O modelo de organização moderna a partir das disciplinas operou um deslocamento no espaço do indivíduo, na medida em que atingiu não só o hospital, mas todas as instituições. Na versão de Foucault (1987),

o indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado ao outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola. [...] depois a caserna [...] depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência. (FOUCAULT, 1987, p. 143).

Da mesma forma, no transcorrer da história clássica há também aquele sujeito com doença mental que cometeu delitos, para o qual o tratamento utilizado foi o mesmo dispensado ao “louco”: a segregação e a exclusão social. Inicialmente, o ato criminal era compreendido, em linhas gerais, como uma vingança divina contra o criminoso. Com o passar da história, novos conceitos foram aplicados ao crime e à pena. O cristianismo do final da Idade Média, segundo Oliveira (2003 apud STUMM; HILDEBRANDT, 2003) influenciou as questões acerca da “loucura” e do crime. Foucault (1987) nos conta que no século XVIII, o condenado era submetido a rituais públicos, os quais eram sinalizados com dizeres chamativos de modo a caracterizar publicamente o crime cometido. O criminoso era exposto e executado em praça pública. Com o advento da Era Moderna, muda-se o ritual e aplica-se um novo tipo de correção aos criminosos através da norma.

O poder em todas as sociedades, segundo Foucault (1987), está fundamentalmente ligado ao corpo, uma vez que é sobre ele que se impõe as obrigações, as limitações e as proibições. É, pois, quando se instala o poder que se consegue um sujeito submisso, que pode ser transformado e aperfeiçoado. Ao discutir o poder na sociedade moderna, o autor observa que as práticas estão vinculadas às formas de conhecimento que se estabelecem como disciplinas espalhando-se nas mais diversas instituições. Neste contexto, o poder trabalha o corpo das pessoas, como por exemplo, nas escolas, nos exércitos, nas prisões e nos manicômios entre alunos, soldados, professores, delinquentes e loucos. Ao mesmo tempo em que exercem um poder, produzem um saber, como no caso do hospício. O médico observa o “louco” e transfere as informações para os pontos mais altos de uma hierarquia do poder, ou seja, extraem da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico. A dominação que a sociedade exerce sobre o indivíduo responde aos anseios de uma dada época. Pode-se supor que com o capitalismo em expansão e em nome de um ideal de cidade era preciso controlar a todos.

A vigilância aparece como algo que deve ser contínua e precisa ser vista pelos indivíduos que a ela estão expostos, e estar presente em toda a extensão das instituições.

Assim, no entendimento de Foucault (1987), a disciplina produz saber/poder. O registro contínuo do conhecimento gera poder, mas um poder que está sempre na condição de ser relacional ao saber e às resistências. E, de acordo com Arejano (2002), ao lembrar Foucault, nos manicômios assim como nas prisões não ocorrem relações de poder/resistência, mas sim, relações de dominação, pois não há possibilidade de negociação, questionamento, espaço para o sujeito expressar o que pensa, o que deseja, portanto, não há espaço para resistência.

No que se refere às mudanças impostas pela sociedade moderna, Melman (2001) nos conta que as relações entre família e “doente mental”, na época, eram ditadas pelas idéias higienistas que pretendiam sanear os espaços e tornar os indivíduos mais saudáveis. Nesse caso, os pressupostos da psiquiatria moralizante sustentavam-se em duas linhas de raciocínio para justificar o isolamento. Em primeiro lugar, a necessidade de separar o paciente do ambiente familiar justificava-se em função de “proteger” a família da “loucura”, ou seja, prevenir as influências negativas que pudessem contaminar os demais membros, principalmente os mais vulneráveis, como as crianças, os adolescentes e as mulheres. Em segundo lugar, o isolamento deveria ser realizado porque a família, por outro lado, poderia ser a propiciadora do adoecimento mental.

Pelos princípios de confinamento e do ideal de normatização do sujeito “louco”, o asilo se revela como produtor de uma nova experiência do fenômeno da “loucura” e a “loucura”, no seu processo de apropriação pela medicina, é interpretada como uma manifestação de doença.

A crítica política do internamento, na metade do século XVIII, argumenta que, em primeiro lugar, o internamento aliena; em segundo, foi considerado como o mais irracional, vergonhoso e profundamente imoral dos poderes da época. Na visão de Foucault (2005), o internamento se revela impopular e inútil quando cresce o desemprego e a miséria e toda política tradicional de assistência e da repressão do desemprego é posta em questão. A indigência torna-se uma questão econômica, revelando que a miséria não era, talvez, algo que dependesse da esfera da falta ou do erro, mas um problema do próprio sistema capitalista que se implantava.

A mudança de um hospital psiquiátrico clássico para as novas formas de organização da assistência percorrerá diversos caminhos, e até a 2ª Guerra Mundial não se verifica nenhuma mudança neste modelo de hospital.

2.1 Discussão sobre o modelo psiquiátrico no Brasil

A trajetória histórica da psiquiatria no Brasil apresenta momentos diversos, contudo houve a mesma repercussão e o entendimento de que a internação hospitalar de pessoas doentes mentais, associada às condições de pobreza era a alternativa mais indicada. (DIAS, 1997, p.16).

Segundo Arejano (2002), o Brasil, em 1808, passava por um período de transição com a chegada da Corte Portuguesa, que ao se instalar provocou transformações econômicas e políticas: abertura dos portos às Nações Amigas, Tratado Comercial com a Inglaterra: contexto que resultou no saneamento dos espaços da nação que se afirmava.

A criação do hospício está diretamente relacionada ao crescimento e ordenamento das cidades (urbanização) e à necessidade de sanear os espaços e recolher os desviantes que perambulavam pelas ruas (desempregados, imigrantes principalmente), os mendigos, os órfãos, etc.

Em 1822, destaca-se a criação das primeiras escolas médicas e também a implantação de outras organizações como as estradas de ferro, a construção naval, etc. Neste contexto, o Brasil inicia o processo de transformação econômico-política que iria atingir o âmbito da Medicina.

Chalhoub (1996), ao escrever sobre essa época, conta-nos sobre as intervenções violentas das autoridades no cotidiano dos habitantes das cidades, principalmente, do Rio de Janeiro, no final do século XVIII. O autor cita dois pontos fundamentais: a construção das noções de “classes pobres” e “classes perigosas”; e o surgimento da idéia de que uma cidade pode ser apenas “administrada”, isto é, gerida de acordo com critérios unicamente técnicos ou científicos. Trata-se, na sua versão, da crença de que haveria uma racionalidade extrínseca às desigualdades sociais urbanas, que deveria nortear a condução competente e eficiente das políticas públicas. O autor afirma que essas duas crenças combinadas têm contribuído muito, em nossa história, para a inibição do exercício da cidadania.

A ideologia higienista, no discurso de Chalhoub (1996), surge pela metáfora da doença contagiosa, assim como a própria repressão à ociosidade. Os intelectuais-médicos, nessa época, analisavam a “realidade”, faziam seus diagnósticos, prescreviam a cura e estavam sempre inabalavelmente convencidos de que só a sua receita poderia salvar o paciente.

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaças à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de “doidos” pelas ruas das cidades, conforme Resende (1992) narra. Aqueles considerados doentes mentais que cometessem crime ficariam nas prisões, locais que agregavam a criminalidade praticada pelos ditos “anormais”, e que por muito tempo foram esquecidos e estigmatizados pelo duplo caráter de “louco” e “criminoso”.

Somente na década de 1820 seriam construídos os manicômios judiciários no Brasil, caracterizados pelo sistema de “instituições totais”, como definiu Goffman (1974). Estes manicômios integravam o sistema de repressão penal e serviam como instrumentos de controle social, locais apropriados e destinados a punições.

O primeiro hospício, denominado de Hospício D. Pedro II, data de 1841, no Rio de Janeiro. Foi criado por decreto do Imperador e vinculado a ordens religiosas. Neste lugar, a assistência era iniciada por uma psiquiatria leiga, que seguiria as idéias européias, principalmente, da França. A “loucura” se medicaliza ao ser encarada como doença.

O cuidado do doente mental, através do tratamento moralizante, compreende o isolamento como técnica terapêutica, com o objetivo de separar o doente da sociedade e da família, consideradas partes responsáveis pelo desenvolvimento da doença mental. (AREJANO, 2002).

A primeira legislação federal em relação à assistência psiquiátrica no Brasil data de 1903, no então governo do Presidente Rodrigues Alves, através do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Segundo Darós (2004), esta Lei, ao dispor sobre a fiscalização das instituições da época, procurava assegurar um melhor tratamento aos “alienados”.

Dias (1997) destaca um estudo sobre o Hospital Psiquiátrico Público no Brasil, feito por Sampaio (1988). O estudo sistematiza o quadro da periodização da Assistência Psiquiátrica do Brasil até 1941, ano da criação do Serviço Nacional de Doentes Mentais (Decreto nº 3.171/41), e toma todo o país como objeto de suas normalizações e intervenções.

O primeiro período da Assistência Psiquiátrica está localizado entre 1500 e 1817. A “loucura” não era considerada doença. Como podemos observar, neste primeiro período destacado pela autora acima, no Brasil o “louco” não foi considerado perigoso. Se recordarmos a literatura brasileira, encontraremos muitos autores que descreveram esses indivíduos sob um outro ponto de vista, talvez com características “engraçadas”, alegres. Daí então, acreditarmos que a própria sociedade da época poderia muitas vezes reconhecer nessas atitudes coisa de maluco, mas não julgava necessário intervir sob a alegação de ser característica particular de cada um.

O segundo período está compreendido entre 1817 e 1852. O lugar da “loucura” é descrito como lugar de cadeia, “loucura” não é doença, o lugar é o porão das Santas Casas. O terceiro período situa-se entre 1852 e 1890, período em que a assistência psiquiátrica era demarcada por um modelo alienista, a chamada “era do ouro” dos asilos.

Na literatura brasileira, encontramos o exemplo do autor Machado de Assis, que no ano de 1882, escreveu o conto *O Alienista*, que traz uma importante contribuição acerca de como a “loucura” foi percebida nestes dois períodos. Ao satirizar a filosofia e a atividade mental por meio de seus personagens na Vila de Itaguaí, como o Dr. Simão Bacamarte e a Casa Verde, denominada de asilo para as primeiras experiências médicas, o autor foi mais do que teatral para retratar com muita propriedade como tudo começou a se modificar a partir da razão. No Capítulo II, *Torrente de loucos*, um dos personagens (o padre) se espanta ao observar a Casa Verde “confesso que não imaginara a existência de tantos doidos no mundo, e menos ainda o inexplicável de alguns casos.” E, nesse sentido, descreve-os:

um, por exemplo, um rapaz bronco e vilão, que todos os dias fazia um discurso acadêmico de antíteses, com seus recamos de grego e latim; outro era um escrívão que se vendia por mordomo do rei; outro um boiadeiro de Minas, cuja mania era distribuir boiadas a toda a gente. (ASSIS, 1972, p. 195).

Entretanto, muita coisa mudou. O “louco” deixa de circular livremente, ou então, deixa de ter o direito de ser tudo que se pode ser. Nesta concepção, as medidas preventivas isolam o “louco” alegando que o indivíduo poderia ser alvo de atentado ao pudor ou da segurança, ou seja, da moral pública da época.

A respeito dessas medidas preventivas de saneamento das cidades, Arejano (2002) esclarece que o quarto período (1890 a 1941) tem como modelo as colônias e a hegemonia do setor público. “[...] A medicina social, com seu novo tipo de racionalidade, é parte integrante de um novo tipo de Estado [...] uma política científica formulada por especialistas que pertencem ao aparelho do Estado.” (AREJANO, 2002, p. 35).

No conto de Machado de Assis, o Alienista (médico) procedeu a uma vasta classificação de seus enfermos. Dividiu-os, primeiramente, em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo contínuo; analisava os hábitos de cada “louco”, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras e os gestos. (ASSIS, 1972).

Arejano (2002 apud BELMONTE, 1998, p.46) observa que em 1932 houve uma nova reorientação da assistência psiquiátrica, no Brasil, que previa um projeto para os hospitais urbanos, baseado nas “velhas idéias [...] que consistiam em julgar necessário um grande

hospital urbano, destinado a toda espécie de doentes mentais, e duas colônias uma para cada sexo.”

Na versão da autora, esse projeto foi abandonado por motivo de ordem técnica e econômica. Somente em 1941 houve uma nova remodelação da assistência psiquiátrica, com a maioria dos estados brasileiros incorporando as colônias agrícolas a sua rede de serviços. Ou seja, esperavam que as colônias dessem conta de atender o grande número de doentes crônicos que as próprias instituições haviam produzido no decorrer da história.

Resende (1992, p.52) ressalta que neste período a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer: a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes eram meros paliativos e as demandas por mais verbas e mais leitos, ele diz, estão comprovadas em relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas psiquiatras.

De acordo com Paulim e Turato (2004), os anos de 1946 a 1954 são caracterizados pela expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil. A legislação vigente, através do Decreto - Lei nº 8.550/46, propiciava esse crescimento dos hospitais e autorizava os governos federais e estaduais a investirem em projetos e equipamentos para a viabilização destes.

Assim, neste período os autores constatarem o surgimento de vários hospitais espalhados pelos Estados, em que destacam o Estado de Santa Catarina com a construção de seus nosocômios, cujas características eram de hospitais-colônia. Todavia, seus relatos demonstram que a criação de novos hospitais não resolvia a situação precária em que estavam os hospitais psiquiátricos, que se apresentavam sempre com excesso de pacientes internados.

Neste contexto, a prática do Serviço Social na saúde mental é caracterizada como insipiente e segmentada nesta área pela baixa estrutura e pelo próprio momento histórico conjuntural que o país vivia. De acordo com Bisneto (2005), o Serviço Social iniciou-se na saúde mental no ano de 1940 pela atuação no Centro de Orientação Infantil – COI e no Centro de Orientação Juvenil – COJ, com escopo de atuação bem distinto do atual, atendendo a jovens e famílias na prevenção higienista.

Em 1941, cria-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, com o objetivo de organizar os serviços de assistência em saúde mental no país. O tipo padrão de construção hospitalar preconizada pelo SNDM é o hospital-colônia, considerado como modalidade moderna, eficiente e menos dispendiosa, mas que no decorrer do tempo revela suas carências.

Segundo Arejano (2002 apud BELMONTE 1998), o Plano Hospitalar Psiquiátrico no final da década de 1950 apresentava dados que comprovam a situação caótica da atenção psiquiátrica na época:

o Junqueri (RJ) abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena (BH), que abrigava 3.500 enfermos e com o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3.000 e só tinha capacidade para 1.700; os hospitais-colônia de Curitiba e Florianópolis, de construção recente, na época, atingia cada um, a casa dos 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade dessa cifra. (AREJANO, 2002 apud BELMONTE 1998, p. 50),

No Brasil, na década de 1960, a sociedade se modernizava a partir das políticas desenvolvimentistas do governo Juscelino Kubitschek, que implantava uma política de industrialização e urbanização no país.

A democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicatória, que exigia melhor qualidade na área de saúde, inclusive na de saúde mental. Um novo ator institucional começava a despontar: o hospital psiquiátrico privado. (PAULIM; TURATO, 2004, p. 4).

Analisando essa época, os autores destacam a fase em que o processo de urbanização criou um novo perfil da sociedade brasileira ao trazer para as cidades uma grande massa de assalariados com baixas remunerações e más condições de trabalho. Em contrapartida, manteve-se a assistência médica nos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPS, garantindo, ao menos, a capacidade produtiva dessa força de trabalho.

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964, no Brasil, está caracterizado

como marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. [...] A notória ideologia privatista do movimento em razão de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados. [...]. (RESENDE, et al. 1987, p. 60).

O Serviço Social, neste contexto, caracterizou sua inserção efetiva em hospitais psiquiátricos, mas ao contrário do que possamos pensar isso não ocorreu por força de um suposto Serviço Social Psiquiátrico, como refere Bisneto (2005), outrossim,

o Serviço Social no Brasil está na Saúde Mental devido à Previdência Social e atualmente à Seguridade Social, através de Portarias Interministeriais que obrigaram a contratação dos Assistentes Sociais nos estabelecimentos, conveniados à rede pública ou privada. “[...] especificadamente em saúde mental à população carente e excluída de outro tipo de serviço ‘psi’ (que é predominantemente privado e clínico), o Assistente Social é colocado para atender às necessidades da Psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo ‘psi’ não dá conta. (BISNETO, 2005, p. 112)

A psiquiatria, igualmente, tomou para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria regular as relações familiares, prescrever comportamentos e modelos. Podemos perceber que as famílias às voltas com suas profundas transformações, mergulhadas em suas dificuldades, pedem ajuda e muitos se dispõem a ajudá-la. Inicialmente, os padres depois os médicos, depois a psiquiatria, os pedagogos, os psicanalistas e, mais recentemente, os terapeutas de família, como afirma Melman (2001).

Um conjunto de circunstâncias a partir das repercussões da Política de Saúde Mental fez com que as famílias e os seus substitutos começassem a se organizar e passassem a reivindicar um novo lugar nas agendas da assistência psiquiátrica. Melman (2001, p. 79) ao escrever sobre a sobrecarga familiar em seu livro, aponta que vários pesquisadores têm se empenhado para avaliar os impactos que a presença de uma pessoa com transtorno mental produz na família, e suas pesquisas mostram que os familiares estão sobrecarregados por demandas que envolvem “os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares então submetidos e o quanto à convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizativo e social.” (MELMAN, 2001, p. 79). Nesse sentido, a presença do familiar do doente obriga os cuidadores a refazer os seus planos de vida e redefinir integralmente seus objetivos.

Telles (1999), ao discutir os direitos sociais na sociedade brasileira, evoca para o presente a história passada de um Brasil urbano que se iniciava na vida política independente. A autora chama nossa atenção para o quanto a pobreza fazia parte da experiência de uma sociedade em mudança, que se queria moderna e civilizada, na direção de um progresso sintonizado com o padrão europeu. Na sua versão, no recurso da existência de uma Questão Social, a questão social é um caso de polícia.

Assim, a assistência ao portador de transtorno psíquico passa a ser questionada e redefinida por uma nova cidadania que se inscreve no movimento denominado de antimanicomial. A Luta antimanicomial foi um movimento que contestava a auto-suficiência da medicalização da “loucura” como doença mental que a Psiquiatria, com seus avanços psicofármacos, se pretendia. (LOBOSQUE, 2003).

2.2 Mudança de paradigma

A mudança dos modelos da assistência psiquiátrica teve como referência os reflexos da 2ª Guerra Mundial. Os hospitais psiquiátricos passaram a ser comparados com os campos de concentração nazistas e o modelo italiano de Franco Basaglia, cuja crítica ao manicômio concentrou esforços no campo social, procurando aliados nos sindicatos, nos partidos políticos e nas organizações não-governamentais, no sentido de aprovar a Lei nº 180, que garantisse o fechamento dos hospitais psiquiátricos. (MELMAN, 2001).

Dias (1997), baseada em Tunoni e Abudara, revela que o modelo de assistência psiquiátrica passou a ser alvo de críticas, no decorrer do tempo, pela desumanização, superlotação e maus-tratos. Somente após a 2ª Guerra Mundial essas denúncias ganharam corpo na sociedade, a partir das experiências de médicos e enfermeiros que foram prisioneiros nos campos de concentração nazistas. Começa um questionamento crítico das instituições psiquiátricas, baseado nas denúncias de discriminações tão desumanas.

O movimento de crítica à instituição psiquiátrica, ao ser incorporado pelos movimentos sociais, ganhou força e expressão na sociedade, cuja visibilidade resultou em várias propostas a partir da década de 1960, na Europa:

- surgimento da Psiquiatria e da Psicoterapia Institucional na França;
- desenvolvimento das comunidades terapêuticas na Inglaterra;
- luta contra o manicômio na Itália (proposta de Basaglia).

No Brasil, a estrutura institucional psiquiátrica é questionada na década de 1970, somando-se às várias inquietações e denúncias sobre os maus-tratos aos doentes mentais internos, resultando em várias discussões e movimentos que levaram à organização da luta denominada de antimanicomial, nos anos 1980.

Rotelli (1990) assinala que a terapia aplicada aos doentes mentais deveria, a partir das denúncias, deixar de estar perseguindo a cura, mas atuar sobre o modo como deveriam ser tratados os doentes. O que pressupõe substituir “velhas” práticas de atenção em saúde mental por invenções de novas possibilidades de reverter a referência social atribuída anteriormente ao portador de transtorno psíquico.

3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

3.1 Reforma Psiquiátrica – processo histórico

O conceito de Reforma Psiquiátrica no campo teórico recebe muitos significados por parte de diferentes autores que trataram da temática. Para Bezerra Jr (1994 apud DUARTE et al 2004, p 154), o movimento da Reforma Psiquiátrica é visto como um processo político-social que apresenta nuances e “sua trajetória não é linear, seu entendimento por parte dos atores e das forças que o compõe não é homogêneo, e sua organicidade enquanto movimento, não tem sido constante.”

Segundo fontes do Ministério da Saúde no Brasil, embora a Reforma Psiquiátrica seja contemporânea ao “movimento sanitário” nos anos 70, em favor das mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa de saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços, tem uma história própria que se inscreve tanto no contexto internacional de mudanças quanto no “protagonismo” de vários movimentos sociais que emergiam nesta época e lutavam por direitos, entre eles: o direito a uma melhor assistência aos pacientes psiquiátricos. (BRASIL, MS SAS, 2005a).

A oposição contra o manicômio foi justificada por Baságliã em razão de que o internamento demonstrava as deficiências da assistência psiquiátrica, pondo-se em dúvida a filiação da “loucura” como doença, e abandonando o modelo médico da perturbação mental, para atribuir-lhe um significado radicalmente diferente.

Segundo Baságliã (1979),

o aspecto de fortaleza ou de prisão que muitos manicômios apresentavam era paralelo à intenção disciplinar que neles se levava a cabo e, em geral, tinha efeitos totalmente negativos para os doentes aí internados. (BASÁGLIA, 1979, p.27).

Outros fatores identificados como condição favorável à supressão dos manicômios encontram-se justificados no efeito que o sanatório com sua ação “doentia” produz no indivíduo, como a perda de iniciativa, resultante de estar internado por longo tempo; a ação “demencial” das salas dos hospícios, tendo apenas como paliativo a terapêutica ocupacional nos locais onde esta se pratica; a sempre deficiente assistência de centenas de doentes a cargo de poucos médicos e pouco pessoal especializado, além da acumulação de internos, muitas vezes infeccionados pela falta de cuidados mínimos, não mais de higiene mental, mas também da mais elementar higiene geral. (BASÁGLIA, 1979).

As críticas às práticas tradicionais na assistência psiquiátrica, bem como as denúncias dos espaços onde eram tratados os “doentes”, destacados como locais insalubres que traziam efeitos altamente negativos aos internos, foram características do movimento que se chamou de antipsiquiatria. As deficiências na área da assistência foram outras das fontes que originaram o aparecimento da atitude contestadora que a antipsiquiatria supõe, principalmente, pela carência de recursos materiais e humanos.

Para argumentar o contexto cultural e político da Reforma Psiquiátrica, Rotelli (1990) apresenta uma síntese crítica em relação aos impasses, avanços, descontinuidades e falências de algumas reformas, principalmente, nos Estados Unidos e na Europa. Na sua opinião, a palavra “desinstitucionalização” era uma palavra de ordem central utilizada na década de 1960 para muitos e diferentes objetivos. Para os técnicos e políticos radicais, a Reforma significava abolição de todas as instituições de controle social; para os administradores, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares.

Nesse sentido, o verdadeiro sentido da política da reforma se confundia em muitos países como uma forma de desospitalização, ou seja, uma política de altas hospitalares, sem pensar no lugar onde deveriam alojar os pacientes e nem nas estruturas extra-hospitalares. O autor nos lembra que essa foi uma política de cunho neoliberal, que alguns países adotaram, mas na sua evolução se revelou incoerente com os propósitos dos grupos e dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

A política de desospitalização nos países avançados demonstrou sua incapacidade para produzir serviços condizentes com as propostas reais da reforma: foi acompanhada por uma redução no período de internações e por um aumento complementar de altas, mas por outro lado muitas reincidências. “A desinstitucionalização [...] praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica [...]” (ROTELLI, 1990, p. 21).

As análises do autor evidenciam a psiquiatria reformadora como produtora de serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas, e com mais um agravante o de estarem ainda fundamentados no tratamento da doença, em que o sistema funcionava como um mecanismo que alimentava os problemas e os tornava crônicos da mesma forma que o hospital.

Dessa prática, os efeitos produzidos não foram os desejados, como diz o autor, cresceu nesses países não só o número de crônicos, mas um sentimento de impotência aos operadores de saúde diante das necessidades locais que funcionaram apenas como válvula de escape.

A experiência italiana foi diferente. Os operadores de saúde fizeram das críticas ao manicômio um campo de verdades, justificadas na tentativa de desmontar a relação problema/solução, recusando-se a perseguir aquela solução racional de curar a doença.

Segundo fontes estatísticas citadas por Rotelli, nos anos de 1971 e 1978, em Trieste na Itália, os 1.200 pacientes internados no hospital psiquiátrico foram progressivamente retirados para a comunidade terapêutica. Na década de 80, o hospital foi praticamente abolido e, atualmente, não há registros de lugares de internação, nem clínicas privadas, nem enfermarias, nem paciente crônicos. No lugar dessas estruturas hospitalares se desenvolveu uma grande variedade de serviços e espaços de intervenção.

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no ano de 1978. O país passava por sérios problemas econômicos, sociais, políticos e ideológicos. Assistia-se a reemergência dos principais movimentos sociais no país, após um longo período de repressão aberta pelo regime militar que, até então, impossibilitava a expressão política da sociedade civil no país. (VASCONCELOS, 2002, p. 22).

Neste cenário, vários movimentos foram viabilizados na sociedade. Destacam-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM que, de acordo com Vasconcelos, inicia-se com um forte questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época.

A mercantilização da assistência psiquiátrica originou-se com as privatizações não só dos hospitais psiquiátricos, mas da saúde em geral, no Brasil da década de 1980. Com o processo de unificação dos Institutos Previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. “Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando-se assim os hospitais públicos cada vez menos significativos.” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 6).

Da Ros (1990), ao descrever sobre o Movimento Sanitário no Brasil e Santa Catarina, também traz importantes contribuições para explicar este contexto de mercantilização da saúde, ao observar que

a Previdência Social, foi um dos órgãos afetores das políticas sociais no país e, particularmente afetor da assistência médica pública no Brasil elevou seus gastos de 21% para 31,5% em assistência médica no ano de 1976, sem contudo operacionalizar quase nada, em relação à melhoria das condições de saúde da população brasileira, ou agilizar um programa eficaz de cobertura. (DA ROS, 1990, p.18).

O Ministério da Previdência Social, ao ser criado em 1974, passa a ser o segundo maior orçamento da União, e em seu comando estava a aliança entre os interesses privados e a

burocracia estatal, que ao legitimar o regime, emerge com uma contradição fundamental entre a expansão de cobertura e a compra de serviços do setor privado. Os gastos previdenciários tornavam-se cada vez mais insuportáveis para a burocracia estatal.

O MTSM, no Brasil mobilizou a opinião pública e da imprensa. Os principais objetivos, segundo Vasconcelos (2002) foram:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da “loucura” nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos;
- reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento ainda não ter bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2002, p. 23).

Inicia-se, então, em 1980 no Rio de Janeiro, o processo chamado de “Co-Gestão” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para a administração dos hospitais públicos, que permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para as lideranças do MTSM implementarem o processo de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos. A plataforma política do MTSM, no segundo período apresentou as seguintes reivindicações:

- redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a não criação de outros;
- regionalização das ações de saúde mental, ou seja, integrar o hospital psiquiátrico com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por Psiquiatras, Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos.

Vasconcelos (2002) identifica um retrocesso na Política de Saúde Mental com o fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares e, para as mudanças nas políticas de saúde mental, dado justificado pela presença do governo Sarney em nível federal e do governo Fleury em São Paulo, com exceção do Rio Grande do Sul, que permitiu um avanço significativo nas políticas de saúde mental, a partir de 1986.

Por conseguinte, houve algumas conquistas realizadas no período anterior, como a Constituição Federal de 1988 e a aprovação em 1990 das Leis Orgânicas de Saúde – 8.080/90 e 8.142/90, que apontavam para a construção do Sistema Único de Saúde.

Amarante (1994) considera que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como ponto de partida o episódio que ficou conhecido como a “Crise do DINSAM”, que era a

Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política em Saúde Mental e, também, pela administração de quatro unidades federais instaladas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Colônia Juliano Moreira, Hospital Pinel e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilhos). Segundo o autor, foram esses profissionais que deflagraram uma greve por melhores condições tanto de trabalho como para os pacientes. Mas, o autor reconhece que essa mesma ala percebe as limitações dos objetivos e táticas de luta e transformação do sistema de saúde mental centrados apenas no modelo sanitarista. Salientou-se a necessidade de congregar esforços com os movimentos populares e com a opinião pública em geral. (AMARANTE, 1994).

O novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica coloca em evidência a “existência-sofrimento” dos pacientes no sentido de produzir outras formas de produção de saúde, de sociabilidade e espaços coletivos de convivência, que no dizer de Vasconcelos (2002) deve passar pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, mas implicando numa luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares. Trata-se de uma cidadania especial a ser inventada.

A nova estratégia da Reforma Psiquiátrica na versão do autor acima citado, elege como clientela-alvo o que se convencionou chamar a “clientela de cuidado contínuo”. Ou seja, aqueles pacientes que anteriormente eram identificados pela psiquiatria clássica como categoria de psicose e neuroses graves, sujeitos a hospitalização, passariam para um novo espaço de atenção fora da instituição. Esse modo de atuação exige dos trabalhadores de saúde mental a transformação das relações de poder entre a instituição e seus usuários. Isto equivale dizer que o desafio requer uma mudança de cultura dos próprios profissionais em relação às formas tradicionais de atendimento, nas suas abordagens com a família, na difusão dessa nova mentalidade na mídia e outros dispositivos formadores de opinião pública, visando mudar a atitude em relação à “loucura”.

As primeiras iniciativas oficiais em relação aos serviços abertos na comunidade ocorrem a partir do lançamento, em 1989, do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial.

3.1.1 Propostas de Serviços Alternativos

Nos anos 80, as discussões sobre os serviços abertos, bem como as transformações na área de assistência psiquiátrica foram pautas da I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida no Rio de Janeiro, e do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental no estado de São Paulo, no ano de 1987. (BRASIL. MS. 2005a).

Estes foram espaços considerados expressivos para a construção do exercício de cidadania e de democratização das relações sociais e interpessoais, e de fundamental importância, na medida em que proporcionaram debate coletivo e congregaram esforços de todos os envolvidos com a questão da assistência em saúde mental.

As discussões sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica propunham desmontar as velhas práticas tradicionais psiquiátricas. Surgem as primeiras experiências em serviços abertos à comunidade, primeiramente, na cidade de São Paulo no ano de 1986, com a implantação do 1º Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, que só serão oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde em 1992, e desse período expandidos em vários municípios do país. Segundo notas dos Coordenadores de Saúde Mental (BRASIL, 2005a), o processo de expansão dos CAPS mostrou-se descontínuo pela indefinição do Ministério da Saúde em termos de linha de financiamento, do mesmo modo as normas para fiscalização e classificação não previam os mecanismos para a redução de leitos.

Por outro lado, o período seguinte é definido como de avanços nas propostas da Reforma Psiquiátrica, por uma série de acontecimentos, como a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que discutiu a reestruturação da assistência em saúde mental no país, Declaração de Caracas (1990). Política do Ministério da Saúde mais definida para a saúde mental e as normas federais que começavam a vigorar.

Delgado (1997 apud SOUZA, 1999, p.42), ao discutir as propostas da Constituição Federal de 1988, ressalta que o texto normativo inovou, ao atribuir ao município novas obrigações, ao inserir no capítulo da saúde, art. 198, as ações e serviços públicos integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo em um sistema único, organizado a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação. Os dispositivos extra-hospitalares dentro desse quadro são considerados conquistas democráticas.

Segundo definições do Ministério da Saúde, um CAPS é:

um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde – SUS. [...] lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência

justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida. (BRASIL, 2005a, p.13).

A proposta do CAPS é a de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência no município, possibilitando acompanhamento clínico e a (re)inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A promoção da saúde, assim como a implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental, exigiu um esforço de transformar não só a organização dos serviços através da participação da sociedade na construção de uma gestão democrática do Sistema Único de Saúde – SUS, mas também treinar os trabalhadores de saúde mental para a nova caminhada.

Segundo Santos (1999). “o município é o lócus privilegiado de exercício da cidadania, é o lugar onde as pessoas vivem, e o poder municipal está próximo dos cidadãos e as políticas concretizam-se (ou não) nos municípios.”(1999, p. 9).

É importante ressaltar que a substituição do modelo asilar não se faz sem dificuldades. Desmontar todo o conceito de “loucura” construído historicamente significa pensar na cultura que uma sociedade trabalha os seus medos.

O processo da construção da Atenção Psicossocial tem revelado outras realidades, isto é, as teorias, os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes diante das demandas diárias.

É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. [...] Se repensem conceitos, práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. (BRASIL, MS/SAS/DAPE, 2004, p. 17).

A rede de serviços de saúde engloba os Programas Saúde da Família (PSF), os agentes comunitários e postos de saúde em geral, que por sua vez devem estar articulados a outras redes sociais como escolas, igrejas, vizinhos, amigos e interessados.

Um aspecto bastante valorizado desse tipo de serviço (CAPS) é que o paciente deve passar a ser tratado de forma personalizada e mais humanizada, distanciando-se das práticas de exclusão ou repressão. O que equivale a dizer que cada usuário tem uma história particular, suas carências, suas demandas que se inscrevem num determinado contexto.

Quanto ao nível de complexidade, os CAPS são definidos pelo Ministério da Saúde como CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad e devem comportar equipes mínimas de trabalho, que também são definidas pela especificidade da demanda de cada CAPS. Todavia, a exigência é que contemple profissionais, Médicos Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais,

Psicólogos, Pedagogos, Artesãos e demais profissionais de auxílio técnico entre outros que se considere necessário para o projeto terapêutico.

A organização dos CAPS nos municípios é caracterizada como de responsabilidade do gestor municipal, que mediante consulta à Coordenação de Saúde Mental do Estado avaliará as disponibilidades orçamentárias e a existência de recursos humanos para a sua instalação. Porém, os municípios com população abaixo de 20.000 habitantes não comportarão a existência de um CAPS, apenas um serviço de saúde mental articulado com a rede básica de saúde local.

Segundo dados estatísticos da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina – Programa Estadual de Saúde Mental, existiam, até final de 2005, 30 Centros de Atenção Psicossocial e 120 Programas de Saúde Mental distribuídos em todos os municípios. No município de Florianópolis, atualmente, existem quatro CAPS, no nível de complexidade CAPS I e II. O primeiro localizado na Policlínica Esteves Júnior, centro de Florianópolis e o segundo denominado de Ponta do Coral, situado no bairro Agrônômica, ambos destinados a atender diariamente adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Os outros dois são um CAPSi para crianças e adolescentes com transtornos mentais, no centro de Florianópolis, e outro CAPSad, com a função de atender a população usuária de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, localizado no bairro do Estreito.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida, mas lembrar que o processo de reconstrução dos laços sociais e comunitários é que vai possibilitar a autonomia, e isso deve ocorrer de forma gradativa.

As Residências Terapêuticas, o Programa *de Volta para Casa*, os Centros de Convivência e Cultura, a internação psiquiátrica em hospitais gerais, a formação de equipe multiprofissional a partir de trabalho multidisciplinar são outras estratégias da Reforma Psiquiátrica, para a efetiva reintegração do portador de transtorno mental na comunidade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, são considerados pelo Ministério da Saúde como alternativas de moradia para um grande número de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos e não contam com suporte adequado na comunidade, falta apoio sociofamiliar suficiente para garantir o espaço de moradia.

A discussão desse modelo da atenção em saúde mental é recente no país, surgiu a partir das experiências bem-sucedidas das implantações dos 1ºs CAPS em SP, RJ e PA. (BRASIL, MS/SAS, 2004).

O Programa *de Volta para Casa* faz parte do processo da Reforma Psiquiátrica e foi uma política criada pelo Ministério da Saúde definida na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, através da Portaria nº 2.077/GM, de 31 de outubro de 2003, estabelecendo um auxílio-reabilitação psicossocial no valor R\$ 240,00 para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos.

O principal componente deste incentivo federal visa estimular a assistência extra-hospitalar e, apesar de ter duração de 1 ano, não é um programa pontual uma vez que pode ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente na sociedade. (BRASIL, MS/SAS, 2005a).

Os Centros de Convivência e Cultura são propostas de construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, por facilitarem a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais. De acordo com Ministério da Saúde, o valor estratégico reside no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. (BRASIL, MS/SAS, 2005a). A implementação desses Centros ainda segundo o Ministério, só encontra sentido em localidades onde a rede SUS conta com cobertura adequada, ou seja, a implementação dos Centros só comporta municípios com mais de 20.000 habitantes.

Para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde aprovou, em 2004, o Programa *Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar* no Sistema Único de Saúde (SUS)². A busca por internações psiquiátricas em hospitais gerais visa integrar a saúde mental na rede mais ampla de saúde em geral e, com isso, favorecer a cidadania dos internos fora dos manicômios num processo de cuidado integrado com diferentes trabalhadores de saúde.

A equipe multiprofissional como requisito dos novos cuidados em saúde mental na Reforma Psiquiátrica, segundo definições do Ministério da Saúde:

são grupos de diferentes técnicos de diversas formações que são identificados como, enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Pedagogos, Professores de Educação Física ou outros que se façam necessários para as atividades desenvolvidas nos serviços abertos. (BRASIL, MS, 2004, p.26)

Bisneto (2005), ao analisar a prática do Serviço Social em Saúde Mental dentro do processo da Reforma Psiquiátrica, não nega a importância das equipes multiprofissionais, mas

² Ver BRASIL, MS/SAS, 2005, material elaborado pela Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005, p. 60.

aponta algumas reflexões acerca da questão da interdisciplinaridade, colocando em questionamento a base em que se dá essa articulação entre os profissionais,

pois devido às várias teorias que circulam nos campos 'psi' e 'soci' na atualidade, todos falam em cidadania, mas que cidadania é essa da reabilitação psicossocial? Convivem vários conceitos diferentes de Estado, sociedade, políticas sociais, nas diversas profissões que compõem as equipes de atendimento. (BISNETO, 2005, p. 115).

Há, no entendimento do autor, falta de compreensão sobre interdisciplinaridade nos estabelecimentos de saúde mental, pois se leva em consideração a articulação de saberes, o que supostamente não basta porque o fato envolve questões de poder dentro das instituições e, conseqüentemente, interesses econômicos resultantes de práticas orientadas para este ou aquele fim ditado por um paradigma.

Na análise que elabora sobre a prática dos Assistentes Sociais em estabelecimentos psiquiátricos, Bisneto (2005, p. 18) explica que “o produto da prática institucional do Serviço Social é alienado pelos poderes médico e ‘psi’, colocando, às vezes, dificuldades para o reconhecimento de sua competência profissional.”

O autor ainda justifica que no processo terapêutico (que é a atribuição central destas instituições), o Médico Psiquiatra não dá conta de todas as demandas colocadas pela problemática de seus pacientes. Para o sucesso do empreendimento, conta com vários outros profissionais que complementam sua atuação, e o Assistente Social é um deles. “O Serviço Social trabalha subordinado à Psiquiatria, [...] cabendo a ele todas as questões genéricas e contextuais tidas como sociais, pois escapam do plano biológico ou psicológico.” (BISNETO, 2005, p.116).

Em relação às normas recentes dos CAPS, o mesmo autor destaca como agravante o fato dessas normas não colocarem, como necessária, a presença obrigatória dos Assistentes Sociais, lembrando que ao fazerem isso, os gestores das políticas sociais esquecem que tais Centros integram a rede previdenciária.

3.2 Atualidade da Lei Nacional – Propostas da Reforma Psiquiátrica

A realização da Conferência de Caracas, em 1990, cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno do novo modelo da Reforma Psiquiátrica. O amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências

participativas que culminaram na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, é considerado como um marco na história da psiquiatria brasileira e, segundo Vasconcelos (apud ALVES e SILVA, 1992), abriu um novo período de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Política Nacional de Saúde Mental é considerada recente no Brasil. Depois de 12 anos tramitando no Congresso, foi aprovado por unanimidade no dia 12 de março de 2001, na Câmara dos Deputados, o substitutivo do Projeto de Lei nº 3657/89 do deputado Paulo Delgado, que sancionou a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, cuja premissa fundamental preconiza que se evite o máximo de internações psiquiátricas e que se amplie a rede ambulatorial e o fortalecimento das iniciativas municipais e estaduais que possibilitem a criação de equipamentos intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação psiquiátrica. (BRASIL, MS/SEA, 2005a).

Embora seja um longo período de espera para a expressão da Lei Nacional da Política de Saúde Mental no Brasil constituindo-se num retrocesso em termos de favorecer a cidadania do portador de transtorno mental, na opinião de Esperidião (2001), esta aprovação constitui um avanço histórico, culminando no empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento de Luta Antimanicomial.

O texto normativo sugere que seja construída uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, buscando não somente a transformação da assistência imposta pelo movimento da reforma, mas posicionamentos profissionais adequados para o enfrentamento da nova realidade. Neste sentido, garantir uma assistência qualificada, na tentativa de resgatar a cidadania e a autonomia do sujeito “louco”, significa que novas formas de cuidado em saúde mental devem ser pesquisadas.

A Reabilitação Psicossocial é considerada dentro da política atual como ponto fundamental. Segundo Saraceno et. al (apud PITTA, 2001), devolver o poder contratual do portador de transtorno mental depende de variáveis políticas, uma delas é a relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem.

O poder contratual é explicado por Kinoshita et. al (2001) como autonomia, mas não no sentido de auto-suficiência do portador de transtorno mental, sobretudo, como capacidade de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Da mesma forma, os profissionais podem usar de seu poder para aumentar o poder contratual do usuário ou não. Há uma dimensão que é constitutiva da subjetividade e do próprio sujeito trabalhador do ato do cuidado.” (DUARTE, 2002, p.159).

Vasconcelos (2002), ao abordar as novas práticas que vêm orientando as áreas de saber envolvidas com o cuidado em saúde mental, mostra o que vem sendo discutido recentemente, especialmente, no Serviço Social. Lembra-nos que a crise do Estado e as conseqüentes políticas de ajustamento neoliberal em relação às políticas sociais interferem no próprio campo dos profissionais.

Criar uma cultura adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir às propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais para se engajar em práticas interdisciplinares, exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, investimento em treinamento e supervisão. (VASCONCELOS, 2002, p. 57).

Na saúde mental, as propostas inovadoras dizem respeito ao trabalho coletivo do cuidado em equipe, definido por equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) lista algumas sugestões:

- discutir as legislações profissionais em geral e do sistema de saúde, bem como os estatutos dos serviços específicos de saúde mental;
- negociar dispositivos de defesa e autonomia relativa dentro dos serviços nas instituições;
- criar uma vontade política entre os profissionais da equipe em torno de um projeto político assistencial;
- quebrar defesas corporativas em que cada profissional possa reconhecer e dispor suas fragilidades. (VASCONCELOS, 2002, p.59)

O I Congresso de Saúde Mental ocorrido nos dias 22, 23 e 24 de junho de 2006, no município de Florianópolis, apresentou diversas propostas no que se refere à saúde mental no Estado de Santa Catarina, além de apontar estatísticas em relação aos avanços nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

A Coordenadora de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina, Elisia Puel, contou que foram elaboradas propostas para 2005 e 2006 para definir gerenciamento, parcerias, colegiado de atenção psicossocial e grupos de trabalho, além dos Pólos de Educação Permanente, para promover capacitação aos profissionais na rede de atenção em saúde mental. A própria coordenação trabalha ministrando palestras e cursos, além de monitorar os municípios. Um eixo importante, na versão de Puel, é o redirecionamento da rede de saúde mental na atenção básica, porque possibilita desconcentrar as internações psiquiátricas. No Estado de Santa Catarina, os municípios concentradores de leitos psiquiátricos são São José, com o Instituto de Psiquiatria (160 leitos) e o Instituto São José (120 leitos); Criciúma, com a Casa de Saúde Rio Maina (160 leitos), somando-se ao Centro de Convivência Santana (HCS), com 320 leitos, perfazendo um total de 1163 leitos psiquiátricos. Acrescenta-se, ainda, mais

93 leitos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, que não fez parte das estimativas.

O Colegiado de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina, sediado na Rua Esteves Júnior – Policlínica de Florianópolis, tem como finalidade dar subsídio às deliberações das políticas de atenção à saúde mental no município de Florianópolis. Criado em 2004, sua composição está em fase de construção de identidade. Suas reuniões mensais ou em caráter extraordinário servem para discutir, refletir, assessorar, auxiliar, incentivar e fornecer subsídios à criação da participação de usuários de saúde mental, bem como de seus familiares no interior das propostas. Considerado um órgão consultivo, atualmente, o Colegiado tem como meta o controle social. (VITORINO, 2006).

Ao apresentar o balanço crítico sobre a situação atual da saúde mental no Estado de Santa Catarina, Elisia Puel trouxe alguns dados estatísticos. Atualmente, Santa Catarina possui 5.866.568 habitantes, distribuídos em 293 municípios. Destes, 236 são caracterizados por apresentarem população abaixo de 20.000 habitantes, isto representa 80% dos municípios que comportam Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Para os 57 municípios restantes, a Reforma propõe Serviços de Atenção em Saúde Mental articulados com a rede básica de saúde. Com relação às internações em geral, o transtorno mental responde por 3,4%, o álcool, por 28% e as drogas, por 7%. As internações psiquiátricas em Hospitais Gerais chegaram a 403 leitos disponíveis que, em termos de cobertura, representa 0,20 leitos por mil habitantes.

As Residências Terapêuticas encontram-se ainda em fase de consolidação de propostas. Atualmente, existem três em todo Estado de Santa Catarina, localizadas nos municípios de Joinville e Florianópolis, não se encontrando cadastradas pelo Ministério da Saúde.

Os CAPS, em todo o Estado de Santa Catarina, oferecem atualmente 49 serviços. Em 2005, cada município passou a receber como incentivo do Ministério da Saúde de 20 a 50 mil reais, percentuais cujo valor é medido pela complexidade de cada serviço. Quanto ao índice de cobertura, Santa Catarina estava posicionada em 2005, em 3º lugar. Atualmente, encontra-se em 5º lugar.

Segundo Puel, o Programa *Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica* através da Portaria nº 52/2005 propõe a redução de leitos no Estado, com isso, a progressão de leitos foi expressiva. Em 2003, havia em todo Estado 954 leitos, já em 2004, 800 leitos e, atualmente, 760 leitos, permanecendo apenas o Instituto de Psiquiatria com 160 leitos.

O Programa *de Volta para Casa*, proposta para a “desinstitucionalização” do benefício, hoje conta com 10 portadores de transtorno mental egressos do Hospital Psiquiátrico e de Custódia.

Nas considerações da Coordenadora de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina, o monitoramento das redes de atenção em saúde mental e a implementação da política de “desinstitucionalização” passam pelo fortalecimento das redes pautadas na autonomia do portador de transtorno mental e estão articuladas com outras redes de caráter social. A capacitação dos profissionais é oferecida pelos Pólos de Atenção Permanentes e soma-se ao compromisso do Ministério da Saúde em garantir os recursos permanentes, os quais devem ser direcionados aos serviços de atenção em saúde mental de fato.

O Pacto de Gestão do SUS se definiu em Mesa Redonda, no I Congresso como um Pacto de Gestão pela Vida. Segundo Flávio Magajevski e Mário José Bastos, gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, o SUS em relação à saúde mental fragmentou o financiamento ao estabelecer o sistema de “caixinhas”, ou seja, os gestores não podem gastar mais do que o previsto pelo governo, uma vez que têm de prestar contas ao Estado, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal.

A pouca liberdade em relação ao “bloco rígido” do governo, questionada pelos gestores em relação às quotas, é rebatida por Ana Pitta, membro da Universidade da Bahia e atuante da Política de Saúde Mental. Apesar de ser defensora do SUS e da descentralização como único sistema decente, ao se referir à posição dos gestores de saúde, coloca-os numa posição de não especialistas em saúde mental e, por isso, ao elaborarem as propostas, acabam estigmatizando a saúde mental em detrimento de prioridades da saúde em geral. Na sua abordagem crítica, o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que é o de que a “saúde é um perfeito bem-estar físico e mental, organizam o físico e deixam o mental internado.” Pacto pela Vida, a seu ver significa não estigmatizar a saúde mental dentro de prioridades consideradas mais importantes. A autora recomenda que avaliem os dados estatísticos sobre mortalidade ao lembrar que “a depressão mata muito também”.

3.2.1 Manicômios Judiciários

A Reforma Psiquiátrica trouxe várias propostas de serviços alternativos à estrutura asilar, mas no interior das propostas do Ministério da Saúde a discussão sobre os Manicômios

Judiciários³ é recente. Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que 4.000 “cidadãos” estejam, atualmente, internados nos 19 hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em funcionamento no país. (BRASIL, MS/SAS, 2005a).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos são caracterizados como órgãos auxiliares do Poder Judiciário, elaboram laudos periciais, utilizados como peças jurídicas em processos judiciais, conforme prevê o Código Penal Brasileiro. Trata-se de uma unidade penal que recebe pessoas portadoras de transtornos mentais, para custódia e tratamento psiquiátrico. Diante disso, recebe a conceituação de hospital-prisão.

Na Ordem Jurídica brasileira, o portador de transtorno mental infrator é considerado inimputável, de acordo com o art. 26 do Código Penal Brasileiro.

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.

Diante deste pressuposto, o Código Penal substitui a pena por uma Medida de Segurança, que no Parágrafo Único do art. 26 estabelece: “a pena pode ser de um a dois terços”, a qual é compreendida como medida de prevenção e assistência social, atribuídas àqueles considerados “perigosos” que praticam infrações na lei, como crime.

A Medida de Segurança está prevista no art. 96 da Ordem Jurídica que prevê internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico determinando o tratamento ambulatorial.

O tempo de internação dependerá da Perícia Médica e do procedimento de Laudo de Cessação de Periculosidade. O prazo mínimo varia de um a três anos, podendo o Juiz prorrogar por mais um ano.

Carrara (1998), ao discutir sobre os Manicômios Judiciários no Brasil, identifica um paradoxo nas práticas de intervenção social nesta área, a partir das observações do modelo jurídico-punitivo que vê o indivíduo como

sujeito de direito e deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e normas morais [...] capaz, enfim, de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações. Por outro lado, aponta o modelo psiquiátrico terapêutico, no qual entende o indivíduo, não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, [...] paixões e desejos, não devendo, portanto, ser moralmente responsabilizado, nem [...] passível de punição. (CARRARA, 1998, p. 27).

³ Vale destacar que os Manicômios Judiciários no ano de 1984 passam a denominarem-se Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, exigência do Código Penal após sua reforma, como menciona Darós (2004, p. 28). Alguns Estados têm a sua nomenclatura própria, como por exemplo, em Porto Alegre, chama-se Instituto Psiquiátrico Forense, em Santa Catarina é denominado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis.

A respeito da problemática da inimputabilidade e da medida de segurança definida ao portador de transtorno mental infrator, o Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em Brasília em julho de 2002, discutiu importantes contribuições para avançar nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

O Seminário foi estruturado a partir das propostas aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental e da publicação da Portaria nº 628/02 do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, abrindo um diálogo fundamental.

Alguns dos objetivos propostos foram:

- produzir avaliação inicial das condições de funcionamento dos programas terapêuticos, da integração dos HCTP com as Varas de Execução e com as áreas da Saúde e Assistência;
- discutir e propor formas de integração dos HCTP às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica;
- avaliar os Programas existentes de reintegração social dos pacientes em medida de segurança e estabelecer consensos técnicos para a implementação de programas permanentes de reintegração social;
- discutir e propor mudanças na Lei de Execuções Penais em tramitação no Congresso Nacional. (BRASIL, MS, 2002b).

Diante das propostas aprovadas pela plenária, destacam-se:

- que sejam adotadas as saídas terapêuticas pelo HCTP, e que estas sejam baseadas em parecer da equipe técnica multiprofissional;
- que os técnicos de saúde mental sejam consultados pelos juízes a respeito da medida terapêutica cabível para cada caso;
- utilizar mais o Ministério Público na cobrança dos processos de cada paciente;
- que os HCTP sejam reorientados de forma adequada à Reforma Psiquiátrica.

Dentro das propostas do SUS, a Portaria nº 628, de 2 de abril de 2002 inovou ao determinar ações e serviços conforme o SUS. Na versão de Darós (2004), trata-se de uma Portaria inovadora no Sistema Penitenciário, que conjuntamente com o Ministério da Saúde e o da Justiça reconhece a população carcerária também enclausurada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

3.2.2 Inclusão Social pelo Trabalho

A Inclusão Social pelo trabalho é uma proposta do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério do Trabalho, na qual destinam incentivo financeiro aos municípios que se habilitarem junto ao Ministério para o desenvolvimento de atividades em Programas de geração de renda destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Vale ressaltar que no Estado de Santa Catarina o município de Joinville já participa dessa proposta, estabelecendo como meta a desinstitucionalização do portador de transtorno, através do trabalho em Economia Solidária⁴. (BRASIL, MS, 2005a).

As diretrizes básicas para a política nacional de saúde mental na legislação atual preconizadas pelo Ministério da Saúde trazem inovações através da Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005 e a Portaria nº 1.169/GM, de 7 de julho de 2005, que definem uma nova proposta aos portadores de transtornos mentais egressos ou internos de hospitais psiquiátricos. (ANEXOS A e B).

⁴ Definida na Portaria Interministerial nº 353/2005 – Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, que propõe, em seu artigo 2º, Inciso III – realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa trabalho, realizados no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica entre outras atribuições.

4 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS

4.1 Modelo Assistencial

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis – HCTP foi criado em 1971, de acordo com a Lei nº 4.5559 de 1970. É uma instituição pública e sob a responsabilidade do Estado, vinculada à Secretaria de Estado e Segurança Pública e Defesa do Cidadão, com subordinação direta ao Departamento de Administração Penal. (LUZ: LIMA, 2003, p. 146).

O Regimento Interno do HCTP dispõe sobre suas finalidades, que são:

- realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
- receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após a sentença condenatória;
- proceder a exames de sanidade mental em detentos, quando solicitado pela autoridade judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;
- exercer outras atividades relacionadas com a natureza do hospital e sua finalidade específica.

O HCTP constitui-se a partir de um duplo caráter misto entre ser ao mesmo tempo lugar de tratamento psiquiátrico e espaço para custodiar indivíduos que chegam para cumprir Medida de Segurança; considerado único de referência neste gênero no Estado de Santa Catarina, propõe-se a tratar e recuperar seus internos, atuando na defesa dos direitos humanos e na preservação da sua dignidade.

Conforme pesquisa realizada a população de internos

é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, mas concentrada entre 28 e 32 anos. idade considerada ativa e produtiva para o mercado de trabalho e constituição de suas famílias. Em sua maioria, de condição socioeconômica precária, sendo que, 67% têm o 1º grau completo; 83% são de etnia branca. Uma grande parcela dos internos é reincidente. (MARCA, 2002, p. 5).

Cordioli (2004, p. 46), ao expor sua pesquisa realizada nesta instituição no ano de 2004, declara que dos 110 internos, 70% cumpre Medida de Segurança, que vai de um a três anos:

20% aguarda o laudo de sanidade mental e/ou a sentença e 10% é proveniente de outros estabelecimentos penais e encontra-se internado para tratamento.

O HCTP por não ser gerido pelo SUS, mas por órgão da Justiça, não está submetido às normas gerais de funcionamento do SUS. Para que sejam credenciados pelo SUS, os Hospitais Psiquiátricos e de Custódia precisam se enquadrar às normas da Portaria 251/GM/2002, que “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.” (BRASIL, MS, 2002a).

Neste sentido, os dirigentes do HCTP vêm lutando com dificuldades para adequá-lo à legislação do SUS, principalmente, com vistas a garantir condições de espaços físicos ao atendimento da clientela psiquiátrica internada. Em 2005, foram realizados vários reparos na estrutura física, como pinturas, abertura de novas salas para atendimento dos internos, trocas de camas de ferro por camas de madeira, mudanças nas instalações elétricas, contudo, o hospital ainda permanece fora dos padrões exigidos pela Legislação de Saúde Mental. A situação do HCTP é melhor entendida com a descrição de Darós (2004, p. 30), “os pátios não comportam a demanda. [...] as reuniões de grupo são feitas no refeitório, a cozinha para atendimento dos internos é um espaço improvisado em uma das saídas da instituição. Os equipamentos são obsoletos.”

Em relação ao funcionamento, o HCTP segue um sistema disciplinar encontrando-se semelhanças ao que Goffman (1974) chamou de “instituições totais”. Por determinar um lugar comum a todos, em que o internado vive todos os aspectos de sua vida neste espaço e separados da família, dos amigos e do direito de ir e vir. O cotidiano dos internos é determinado pela rotina entediante, disciplinar, onde a maioria permanece ociosa no decorrer dos dias, perambulando de um lado para o outro. Melhor compreendem-se as disciplinas através dos estudos de Foucault em *Vigiar e Punir* (1997), que analisa o poder das disciplinas nas instituições modernas em que o corpo é submetido a um poder/saber e ao controle para fazer não o que se quer, mas para operar como se quer.

A estrutura organizacional do HCTP de Florianópolis, de acordo com Regimento Interno, obedece ao sistema de hierarquia em escala piramidal. As relações ocorrem de forma vertical, isto é, todas as Gerências (Administrativas, Médicas, Serviços Social, entre outras) estão submetidas à Direção Geral, e como afirma Cordioli (2004, p. 33), “do ápice para a base [...] poucos determinam e a maioria obedece [...] são altamente sublinhadas as estratificações de poder e saber.” A forma de trabalho na instituição é realizada pela equipe multidisciplinar constituída pelas áreas Médica, Psiquiátrica, Odontológica, Serviço Social, Direito, Educação

Física, Enfermagem, Apoio Administrativo e Segurança, além dos demais profissionais que atuam na alfabetização dos internos e nas oficinas de trabalho e geração de renda. A equipe multiprofissional ainda encontra dificuldades para se reunir e discutir mais amplamente a problemática dos internos, discutindo apenas no espaço das Reuniões Técnicas a interconexão entre eles ou então via prontuário médico. As queixas partem do Serviço Social que vê como necessário criar outros espaços onde conjuntamente se possa discutir os estudos de caso.

Apesar da tendência à estabilidade das estruturas tradicionais asilares e das contradições da instituição entre ser ao mesmo tempo hospital e custódia e, em razão disso, ter a Medida de Segurança como entrave para se adequar às propostas mais amplas da Reforma Psiquiátrica que propõe o meio externo, o HCTP vem sofrendo algumas mudanças significativas, tanto na estrutura física material, como já foi apontado, quanto nas práticas profissionais. Pode-se observar que alguns internos já usufruem o meio externo, e na maioria das vezes, a professora de Educação Física dispensa a segurança nos passeios. A possibilidade de devolver-lhes um pouco de liberdade e cidadania veio através do Programa *Alta Progressiva*, que da forma como vem sendo realizado pelos profissionais vai ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica, que é justamente isso, desmontar o asilamento e diminuir as tutelas. O *Alta Progressiva* é pioneiro no Brasil desde 1966, a partir de autorização judicial dada a dois pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, para circularem na área externa do Instituto. Ao identificarem os efeitos positivos para os pacientes, os profissionais em comum acordo com os juízes da Vara de Execuções Criminais incorporaram este Programa ao Regimento Interno do Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre – IPF, no ano de 1977. A partir de então, os juízes passaram a conceder a *Alta Progressiva* associada à Medida de Segurança, permitindo a liberação de pacientes para saídas sem a necessidade de processos administrativos.

No HCTP, este Programa foi criado em 1998 quando o juiz da Vara de Execução Penal da Capital aceitou uma sugestão da equipe técnica do HCTP, para autorizar judicialmente alguns internos a participar do meio externo. Embora não seja reconhecido em lei, esta proposta hoje contempla 32 internos deste hospital, que estão asilados por falta de apoio sociofamiliar ou por outros condicionantes, como por exemplo, dificuldades apresentadas pelos próprios internos, como conformismo com a instituição. (OLIVEIRA, 2005).

Em contrapartida a todas as adversidades que possam ser visualizadas, pela precariedade do Estado em termos de recursos orçamentários, pela ineficácia do Sistema de Proteção Social e pela própria organização do poder dentro da instituição, a Direção Geral

vem se mostrando receptiva às propostas de articular outras políticas que possam incluir também aqueles internos que cumprem Medida de Segurança. As provas desse posicionamento são as parcerias com Universidades, Secretaria de Educação e Prefeituras Municipais, para viabilização de projetos de inclusão social de cunho terapêutico e educativo na área prisional e específica no HCTP. (LUZ; LIMA, 2003). Nesse entendimento, Vasconcelos (2002, p. 57) confirma que a implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica depende primordialmente do que ele chama de “pactos políticos e sociais locais”, em que os governos municipais e a sociedade civil local devem se posicionar em torno da prioridade do investimento social.

Os próprios administradores do HCTP reconhecem que esse tipo de hospital-prisão não representa a melhor opção para tratamento psiquiátrico, mas segundo Luz e Lima (2003, p. 147), “é fato a necessidade de tratar e custodiar, pois se tratam de sujeitos autores de crime, diferenciados dos demais pela condição médico-psiquiatra.” Por isso, os autores entendem que o caminho de volta à sociedade dos que aguardam a Medida de Segurança deva ser permeado por projetos que favoreçam o companheirismo e o resgate da sua auto-estima, a fim de prepará-los para desvincular-se da instituição.

Assim, tanto o Programa *Alta Progressiva*, iniciado em 1998, como também o Projeto denominado *O Segredo das Plantas, Laboratório Fitoterápico*, instituído em 2003, são considerados espaços tanto para a ação terapêutica dos internos quanto para a construção do exercício da cidadania deles. Concomitantemente a estes projetos, no ano de 2005 foram estabelecidos pelo Serviço Social mais dois projetos (tear e cestaria), os quais são denominados de Projetos Terapêuticos, e que serão descritos posteriormente. (Apêndice A - Projeto Curso de Tear).

Estes projetos de inclusão social pelo trabalho em curso no HCTP, conforme as propostas da Reforma Psiquiátrica, deveriam ser realizados em espaço aberto, mas como nos explica Alves (2001 apud PITTA, 2001) ao recordar o documento da Declaração de Caracas ocorrida em 1990,

oferecer no hospital psiquiátrico, enquanto este existir, tratamento e não confinamento e martírio, que foram a marca destes serviços; respeitar e ampliar os direitos das pessoas com transtornos mentais, incorporando-as como sujeitos no processo de superação de suas dificuldades. (ALVES, 2001 apud PITTA, 2001 p. 27).

Igualmente Saraceno (2001) reitera esta postura quando fala sobre Reabilitação Psicossocial como necessidade ética: “[...] é uma exigência ética. E, portanto, deve pertencer a

um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental.” (Idem, 2001, p. 13).

4.2 Modelo Assistencial do Serviço Social

A implantação do Serviço Social no HCTP está caracterizada, segundo o Plano de Trabalho, no ano de 1978. De acordo com Souza (apud BISNETO, 2005), foi a partir do ano 1978, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la, que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas.

O mesmo autor aponta que o surgimento do Serviço Social nas instituições psiquiátricas não partiu das necessidades terapêuticas ou clínicas para os transtornos mentais, mas em função da modernização conservadora do Estado brasileiro, que buscava uma possível legitimação em áreas críticas, como a atenção à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário brasileiro. Conclui-se que a inserção do Serviço Social nas instituições psiquiátricas visava muito mais controlar a assistência psiquiátrica no nível previdenciário, do que como proposta terapêutica.

Para Vasconcelos (2002, p. 167), a prática do Serviço Social antes da década de 70 era basicamente de “caráter preventivo, isto é, de promover a saúde mental e prevenir distúrbios.”

A intervenção do Serviço Social dava-se através do “atendimento de casos” ou “tratamento social”, atuando junto à família da criança e do jovem, com a finalidade de desenvolver hábitos mentais e emocionais corretos. Mas, se por um lado o Assistente Social trabalhou na lógica de regulação social preventista, por outro lado foi representativo como “capital simbólico” de valorização econômica para os profissionais. No campo de especialização do Serviço Social em 1947, Vasconcelos (2002, p. 167) identifica que, “os Assistentes Sociais faziam parte de uma equipe multiprofissional bastante aberta para os padrões da época, com salários semelhantes aos dos médicos”, além disso foram reconhecidos no campo das demais profissões pelas suas produções teóricas e divulgação de seus trabalhos.

O modelo de prática profissional funcional à lógica institucional da medicina tradicional e aos interesses sociais a que se achou vinculada à prática do Assistente Social na Psiquiatria, na década de 70, a partir da divisão sociotécnica do trabalho nas instituições psiquiátricas

delineou um outro campo de abordagem, como nos revela Vasconcelos (2002, p.188), com algumas contradições, “tudo o que não é concebido como diretamente associado com o especificadamente psíquico e somático não é considerado como problema para estes profissionais é empurrado para o Serviço Social [...]”

Atualmente, o debate é outro, mas a história nos ajuda a compreender melhor o espaço sociocupacional dos Assistentes Sociais. No HCTP, embora se reconheçam dentro das propostas do projeto ético-político profissional, com suas bases teórico-metodológicas, instrumentos tecno-operativos e todo acervo que a profissão exige, situam-se em uma escala hierárquica do poder institucional, onde os recursos não dependem exclusivamente do sujeito profissional, ou seja, na qual ele não decide. Em contrapartida a todos os obstáculos, esses profissionais não se vêem totalmente tolhidos de criarem estratégias para efetivar suas práticas, ou seja, o fato destes profissionais não terem o poder decisório não os impede de criarem possibilidades para a sua intervenção.

Na hierarquia da instituição, o Serviço Social do HCTP encontra-se situado no plano da Gerência de Apoio Médico – GEAM, subordinada à Direção Geral, ou seja, não possui gerência própria. Atualmente, a equipe de Serviço Social se constitui por três Assistentes Sociais, duas delas concursadas pelo Estado e outra em desvio de função por necessidade da Instituição. Soma-se à equipe do Serviço Social, duas estagiárias⁵. É possível compreender, a partir de Yamamoto (2001), que o Assistente Social dispõe de relativa autonomia, embora seja legalmente reconhecido como profissional liberal, e como trabalhador coletivo sua prática combinada com a equipe está socialmente condicionada aos determinantes internos e externos da instituição. Ou, retomando Yamamoto,

o Assistente Social depende, da organização da atividade, do Estado, da empresa, de entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso aos seus serviços e, interferem na definição de papéis e funções que compõe o cotidiano do trabalho institucional. (IAMAMOTO, 2001, p. 94).

Ainda que as estratégias de ação para efetivar a prática não dependam exclusivamente da vontade do sujeito profissional, mas de um conjunto de serviços que funcione, como por exemplo, as redes de serviços de saúde nos municípios, as políticas sociais específicas, o Estado em relação às políticas públicas, o jurídico, a saúde, a previdência, a assistência, tudo isso não se realiza sem dificuldades.

Percebe-se, ainda, que todo esse aparato acima referenciado acaba se refletindo nas próprias demandas internas da instituição, o que se comprova com os depoimentos de

⁵ da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atuando como bolsistas da Secretaria de Estado e Segurança Pública.

Cordioli (2004). ao fazer algumas reflexões sobre as dificuldades que a equipe enfrenta para tentar prestar um bom atendimento aos internos do HCTP, dizendo que

embora se procure envolver os pacientes, em atividades laborativas – limpeza das enfermarias, pátios, rouparia e refeitório – são insuficientes, contribuindo para total ociosidade da maioria dos internos e diminuindo as chances de reinserção social. [...] redução no quadro de profissionais. [...] O setor médico já contou com nove peritos judiciais para atender uma demanda menor do que a atual – hoje conta com apenas três profissionais. [...] A enfermagem não conta com quadro de pessoal condizente, nem enfermeiro possui. [...] a assistência de enfermagem aos internos é prestada basicamente por agentes prisionais, que não são preparados para desempenhar essa função. [...] não tem terapeuta ocupacional e nem nutricionista – profissionais que deveriam integrar a equipe. (CORDIOLI. 2004, p.XX).

Assim, observa-se que também é no limite dessas condições que se materializa a autonomia do Assistente Social na condução de suas ações.

O Serviço Social no HCTP tem como objetivo geral preservar os direitos humanos dos internos, garantindo a qualidade de vida e o bom atendimento durante a sua hospitalização. Este objetivo, ao se materializar na prática, desdobra-se em objetivos específicos, cuja efetivação ocorre por diferentes caminhos, ou seja, existe uma metodologia de trabalho, que é anualmente atualizada, sob a forma do Plano de Trabalho.

Ao descrever as atividades do Serviço Social, o Plano de Trabalho de 2003 dispõe sobre duas formas de atendimento: individual e grupal, desdobrando este último para várias finalidades:

- **Grupos de pacientes novos**, cuja modalidade de atendimento ocorre por meio de instrumentos, como as reuniões que têm por finalidade favorecer o entrosamento entre o grupo e discutir diferentes temáticas (drogas, alcoolismo, higiene pessoal, trabalho, família) e outras temáticas propostas pelo grupo.
- **Grupos operativos**, que visam estimular a convivência entre eles, cooperação, tolerância, orientação sobre alta hospitalar e continuidade do tratamento.
- **Grupo de leitura**, objetivando o incentivo à leitura e à troca de experiências, favorecendo a livre expressão dos internos.
- **Grupo Alta Progressiva**, em que o Assistente Social orienta os internos sobre o processo de alta progressiva, discutindo temas relacionados à ressocialização (residência terapêutica, trabalho, continuidade do tratamento, encaminhamento ao CAPS, e à participação em grupos).
- **Grupo de Preparação para a Alta**, que consistem em orientações sobre o mundo fora da instituição, continuidade do tratamento em nível ambulatorial, temas solicitados, como política, sexualidade, sociedade, entre outros.

- **Grupo de Higiene**, com intuito de desenvolver o espírito de solidariedade, esclarecer sobre higiene corporal e da instituição.

É característica da instituição psiquiátrica o trabalho com grupos, uma vez que os internos apresentam-se fragilizados, com vínculos sociais desfeitos, carências múltiplas, baixo poder de autonomia, até em relação aos gestos mais elementares como comer, tomar banho, entre outros.

Os Assistentes Sociais adotam a Metodologia de Pichon-Riviéri para o trabalho de grupo, em que o autor caracteriza grupo operativo como resultante da relação que os integrantes mantêm com a tarefa, onde a técnica

tem uma direção determinada, uma tarefa, e o grupo é o instrumento para alcançá-la. [...] permite apreender a pensar, na medida que conduz uma crítica e uma auto-crítica pelas sínteses teórico-práticas que ocorrem ao longo do processo, e permitem pela cooperação e complementaridade na tarefa, a superação das dificuldades, das resistências. (PICHON-RIVIÉRI, 1988, p. 63).

Darós (2004, p. 46) esclarece melhor a atuação do profissional frente aos grupos, apontando que

o paradigma grupal é construído no dia-a-dia, após o período de resistência. E depois de ultrapassar a barreira da resistência é que se entra efetivamente na tarefa, mas, para que isso ocorra, é necessário que esse movimento seja encarado de forma natural.

É importante ressaltar que a atuação do Serviço Social valoriza o portador de transtorno mental num sentido amplo, com suas histórias de vida, e não sob a perspectiva do delito. Com isso, incluem a família como pressuposto de acompanhamento. O atendimento aos familiares se realiza por visitas domiciliares, que são importantes instrumentos de intervenção no processo de trabalho do Serviço Social no HCTP, principalmente, no município de Florianópolis. Em outras circunstâncias, chama-se à instituição as famílias.

Torna-se pertinente apontar que o Serviço Social do HCTP, por trabalhar com todo o Estado de Santa Catarina, encontra ainda muitas dificuldades no que se refere às visitas domiciliares em outros municípios, por isso, articulam na maioria das vezes com outros Assistentes Sociais em redes municipais para efetuar esse tipo de instrumento técnico operativo. Nesse sentido, durante o período de estágio, observaram-se diferentes pontos de vista em relação a essa questão. Alguns profissionais vêem nas redes um recurso importante, pois o profissional não precisa se deslocar até a família do interno em municípios distantes para efetuar a visita; outros, embora compartilhem da importância dessa idéia, posicionam-se a favor de intensificar as visitas domiciliares dos próprios Assistentes Sociais do HCTP não

só no município de Florianópolis, mas em outros municípios. A justificativa repousa naquilo que entendem como diferencial: “o olhar” de cada profissional que realiza a visita é diferente.

Ao abordar-se sobre a visita domiciliar, é importante recordar os ensinamentos de Weffort (1996, p 11): “este aprendizado do olhar estudioso, curioso, questionador, pesquisador, envolvem ações exercitadas do pensar: o classificar, o selecionar, o ordenar, o comparar, o resumir, para assim poder interpretar os significados lidos.” Nesse mesmo entendimento, Martinelli (1999) traz algumas reflexões, a partir de suas abordagens qualitativas em Pesquisa Social, colocando-se dentro do processo de ação do Serviço Social e nos levando a refletir com ela, quando diz:

Nós mesmos, em nossa atividade no Serviço Social, quantas vezes fazemos uma visita domiciliar de onde voltamos com informações sobre as condições de moradia, sobre quantas pessoas vivem na casa, quanto ganham, mas não temos nenhuma informação sobre o modo de vida das pessoas, não sabemos como vivem sua vida, quais são suas experiências sociais e que significado atribuem a isso. Assim vão se instituindo verdadeiras lacunas no processo de conhecimento e os dados obtidos acabam não sendo geradores dos avanços da prática que se esperava. Eles nos instrumentalizam, mas são insuficientes por si sós para nos trazer a possibilidade da construção coletiva. (MARTINELLI, 1990, p. 20).

Martinelli defende que os instrumentos do Assistente Social não são estanques, isto é, para uma abordagem não basta levantar-se dados estatísticos, requer que se tenha um olhar para além das aparências, para apreender a família no seu movimento. Nesse raciocínio, é consensual dos Assistentes Sociais do HCTP que a abordagem da família do portador de transtorno mental deve levar em conta que esta já tem uma sobrecarga, seja emocional em função de seu membro “doente”, seja pelas condições socioeconômicas precárias. Como Minuchin (1992, p.54) ensina “qualquer estudo da família deve incluir a sua complementaridade com a sociedade.”

No campo da saúde mental, Mioto (1997, p.21) afirma ser necessário compreendermos “o que se passa com uma família num determinado momento de sua história para poder ajudá-la de forma adequada implica a utilização de teorias que possam subsidiar a ação, e que permitam ultrapassar os limites do bom senso e da intuição.”

Portanto, com relação ao trabalho com as famílias, observou-se no período de estágio que a atuação dos Assistentes Sociais junto a estas tem em vista o desenvolvimento da compreensão e a ajuda aos pacientes no processo reabilitador, mas não é a única via considerada possível para a “desinstitucionalização”. (OLIVEIRA, 2005). É do entendimento, também, dos profissionais que muitas vezes na família, entre seus integrantes, existem diferenças incômodas, que geram atritos e produzem mal-estar em todos, porque a

família não é perfeita, cada pessoa tem um ritmo diferente, ela tem um movimento. Atualmente algumas alternativas têm sido buscadas pelos Assistentes Sociais do HCTP, que não necessariamente envolvem a família, ou melhor explicando, na ausência do apoio desta (a família), os profissionais têm se utilizado de outras redes para a alta dos pacientes, como por exemplo, os contatos pessoais realizados com Prefeituras, em que articulam com outros profissionais que compartilham dos mesmos objetivos, Casas de Repouso, APAE, Empresas de Transporte para concessão de passes, CAPS, viabilização de trabalho, articular com a comunidade no sentido de moradia para os pacientes. Aqui se encontra o que Saraceno (apud PITTA, 2001, p. 16) chama de abordagem ética da saúde mental. Ao discutir o processo reabilitador, o autor aponta três grandes cenários para se construir o espaço de cidadania do portador de transtorno mental: “casa, trabalho e rede social” como elementos básicos para pensar o processo reabilitador do portador de transtorno mental.

Melman (2001, p. 38), num outro ângulo, ao repensar o cuidado em saúde mental em relação aos familiares, observa que em inúmeras situações os profissionais se deparam com familiares cujas expectativas são muito pessimistas sobre a “loucura”. Por isso, vê a importância dos profissionais que lidam com os familiares. Abreu (2004) diria que o papel do Serviço Social, hoje, tem uma dimensão pedagógica, ou seja, uma função educativa que necessariamente deve ser de emancipação, inversamente do que foi no passado uma pedagogia de ajuda ou de ajustamento. Conclui-se, então, que os profissionais devam estar habilitados para não confundir a família, como um dia a própria sociedade ocidental o fez ao idealizá-la como modelo.

Outra atribuição importante dos Assistentes Sociais do HCTP que merece ser destacada é a questão do Parecer Social, que sistematicamente é realizado no Serviço Social. A avaliação sociofamiliar, o Laudo de Sanidade Mental e Laudo de Cessação de Periculosidade que compõe a Perícia Médica, são documentos referenciais para os Assistentes Sociais elaborarem o Parecer Social, que muitas vezes pode ser favorável ou não, e com isso requer um compromisso ético e político.

Mioto (2001) explica que no contexto da perícia social, o Parecer Social refere-se   opinião fundamentada que o Assistente Social emite sobre a situa o social estudada. Para a sua elabora o, a autora destaca quatro elementos básicos fundamentais, a saber: competência técnica, competência teorico-metodológica, autotomia e compromisso ético.

No que se refere ao resgate da cidadania, dentro do Plano de Trabalho do Serviço Social, as atividades são pontuadas como: providências de encaminhamento/solicita o de documentos do interno, como Registro de Nascimento, RG e CPF; solicita o de benefícios

da Previdência Social (auxílio doença, aposentadoria por invalidez); Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS, e Programa *de Volta para Casa*. As providências, segundo Darós (2004) são trabalhos realizados todas as semanas. Os dados estatísticos da instituição demonstram a luta que os Assistentes Sociais travam para exercer a cidadania dos internos. Num período de 1 ano, 35 pacientes passaram a receber o BPC/LOAS, os demais requerimentos estão em andamento. O Benefício *de Volta para Casa*, apesar de ser considerado pelos Assistentes Sociais do HCTP complexo para se efetivar, em função da posição dos gestores municipais em cadastrar o município ao Ministério da Saúde, já conta com aproximadamente 12 pacientes beneficiados.

No período de estágio, observou-se que o portador de transtorno mental encontra-se bastante afetado em função da doença, em razão do próprio delito cometido, da forma como se percebem fora do espaço familiar e social e sem planejamento para o futuro. (OLIVEIRA, 2005).

É nesse sentido que o Plano de Trabalho do Serviço Social enfatiza o contato com as redes e propõe, entre outras atividades,

- assembléia com os pacientes semanalmente;
- organização de festas tradicionais comemorativas, convidando familiares e pessoas da comunidade para participarem;
- cadastramento de recursos na comunidade;
- mediação de recursos para a realização de oficinas profissionalizantes;
- contatos com os diferentes municípios de origem dos pacientes;
- encaminhamento dos pacientes, após a alta da instituição, até suas famílias e junto com elas ir ao CAPS e/ou Programa de Saúde Mental, para que seja efetuada a continuidade do tratamento e, em alguns casos, a orientação quanto ao direito do ex-interno a receber o Benefício *de Volta para Casa*.

O modelo assistencial do Serviço Social é Psicossocial, melhor definido a partir das sugestões de Cordioli (2004, p. 65), com as quais concorda-se: “ao se pensar o Hospital como instrumento terapêutico, têm-se as idéias de participação, de liberdade. O processo saúde/doença deve ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, em que a qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício de cidadania.”

Vale ressaltar que a Reforma Psiquiátrica como eixo principal à concepção no meio aberto, passando a lidar com a existência do sofrimento e não mais com a doença, coloca o Serviço Social como imprescindível neste contexto pois, como prevê a Lei de

Regulamentação da Profissão nº 8.662/93, “o objeto de ação do Serviço Social está intrinsecamente articulado com os princípios éticos, políticos e profissionais na efetivação de procedimentos técnicos e operacionais dessa proposta.” (CFESS, 2001).

4.3 Repensando a experiência do estágio nos Projetos Terapêuticos

A Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde Mental já é tema corrente do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho. A partir da Portaria Interministerial nº353 , de 7 de março de 2005, o Ministério da Saúde considerando as determinações da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, no uso de suas atribuições, institui o Grupo de trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências, como versa na Legislação.

Em 7 de julho de 2005, o Ministério da Saúde resolve, através da Portaria 1.169/GM, art. 1º:

destinar incentivo financeiro para municípios que se habilitarem junto ao Ministério da saúde para o desenvolvimento de atividades de Inclusão Social pelo Trabalho destinadas à pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O Ministério da Saúde entende que novos desafios devam ser enfrentados, tanto pelos trabalhadores em saúde mental, quanto pela participação da sociedade, que possam ampliar a cidadania dos portadores de transtornos mentais. Otimista, ele diz que não bastam as Residências Terapêuticas e o Programa *de Volta para Casa*, é preciso ir além. (BRASIL, MS, 2005b).

De acordo com Delgado (2005, p. 16), a Reforma Psiquiátrica luta por uma sociedade sem manicômios, é um movimento de base social, mas não é apenas um movimento que se dá no plano da reforma da assistência em saúde mental. Em outras palavras, é principalmente, uma mudança nas práticas dos trabalhadores que lidam com a problemática do transtorno mental, que exige ousadia e criatividade, para fazer surgir um novo lugar para essas pessoas.

Nesse entendimento o Serviço Social a partir do interesse dos internos do HCTP, e em comum acordo com a equipe multidisciplinar da instituição resolveu aceitar a proposta de

implementação de um projeto de geração de renda denominado de *Oficina de Tear* como forma de subsidiar o processo terapêutico desenvolvido neste local. O tear é uma atividade rigorosamente manual, onde a pessoa seleciona as cores, conta os fios, aprende a calcular, desenvolve sua criatividade, libera sentimentos, é um trabalho que tem um método simples, plenamente compatível com as habilidades dos pacientes, cuja saúde produtiva encontra-se bastante prejudicada. (Para saber mais, veja o Apêndice A).

A proposta partiu de uma experiência de estágio, que resultou na elaboração de um projeto para suprir a exigência da disciplina de Planejamento em Serviço Social, que consta na 6ª fase do Curso de Serviço Social, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A autoria foi de duas alunas, Eleusa Klipp de Oliveira e Jaqueline Oliveira de Souza, que se empenharam para a materializá-lo na prática.

Já era do conhecimento das alunas que o manicômio não é o melhor lugar para se realizar esse trabalho, por ser um espaço fechado e não condizer com as propostas da Reforma Psiquiátrica que propõe justamente o contrário. Todavia, diante da desvantagem que a própria instituição tem a partir de seu duplo caráter entre ser hospital/prisão, viu-se a importância de trilhar um caminho emergente que pudesse levá-los a construção de outros.

A idéia do projeto foi ao encontro dos objetivos do Serviço Social do HCTP, por já terem constatado em suas práticas o efeito positivo que tais projetos exercem para os internos, uma vez que já tinham tido a experiência em projetos anteriores realizados nesta instituição. Contudo, esses projetos se realizaram por apenas um semestre e os outros que foram elaborados nunca saíram do papel – como diz em sua pesquisa a Assistente Social Darós (2004, p. 50).

Assim, essa mesma Assistente Social, ao observar a prática do Serviço Social no HCTP, esclarece que sempre se buscou prestar um atendimento humanizado, assegurando os direitos do portador de transtorno mental:

o Serviço Social, como parte integrante de equipe multidisciplinar do HCTP, sempre buscou implantar oficinas terapêuticas para que o portador de transtorno mental, possa, após a alta da instituição, ter uma atividade lucrativa e laborativa. (DARÓS, 2004, p. 43)

Ao falar da situação dos internos, Darós afirma que “o portador de transtorno mental sente-se muito ocioso dentro da instituição, sem ter muito que fazer. Então, eles dão seus nomes na assembléia, realizada todas as segundas-feiras, para que possam participar da faxina ou de outras atividades de trabalho, recebendo trinta reais por mês.” Percebe, também, que em razão da defasagem no quadro funcional de profissionais da instituição e por falta de

orçamento da Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão, não há Terapeuta Ocupacional na instituição, o que motiva muitas queixas dos pacientes que “reclamam da falta do que fazer e gostariam de fazer alguma atividade laborativa.” (DARÓS, 2004, p. 43).

Diante do que foi referido, enfrentou-se o desafio para a aprovação do projeto em que as dificuldades também se fizeram presentes. Sabemos que no atual contexto neoliberal o que se busca é uma produção material dos indivíduos, onde a riqueza construída não é distribuída de forma igual. E, em se tratando de pessoas ainda consideradas pela sociedade como incapazes e improdutivas para o trabalho, as articulações tornam-se mais difíceis, graças aos estigmas que lhes são atribuídos.

A aprovação dos projetos de Oficinas para o HCTP deu-se através da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina, via Centro de Educação Profissional (CEDUP), que cedeu uma professora (Clarice), devidamente remunerada por este órgão, para orientar o curso no hospital. Algumas exigências do CEDUP tiveram que ser cumpridas, como as formalizações de documentos dos internos para seus cadastros. Sofreu-se com as estigmatizações, por os considerarem incapazes de produção material, o que exigiu dos articuladores⁶ argumentação, no sentido de reforçar os resultados positivos que se obteria com a idéia de trabalho como processo terapêutico, que restituísse aos internos o trabalho como valor de sociabilidade. Um outro agravante foi a questão da documentação dos internos, nem todos possuem documentação na instituição, assim, para iniciar o projeto, houve uma mobilização na instituição para atender essas exigências, como consta em Diário de Campo. (OLIVEIRA, 2005).

A seleção dos internos tomou como critérios: a pré-disposição dos pacientes para o tear, as condições de saúde e a disponibilidade, ou seja, selecionou-se aqueles que estivessem fora de um trabalho laborativo na instituição, pois havia apenas 10 teares disponíveis na instituição. (OLIVEIRA, 2005).

Avaliou-se a experiência de estágio no acompanhamento do Projeto Curso de Tear, numa tentativa de relacionar a teoria à prática. Destacou-se algumas questões relevantes, suscitadas neste processo de trabalho no HCTP, a saber:

I - Incorporação da concepção de relações democráticas num regime disciplinar

Esta incorporação na instituição foi um desafio, porque uma inovação mexe com toda a rotina da instituição e, também, dos profissionais que lá se encontram. Quebrar resistências

⁶ Mentoras do projeto, Eleusa Klipp de Oliveira e Jaqueline Oliveira de Souza.

em relação às práticas tradicionais de atendimento ao portador de transtorno mental significa que temos que começar por nossos gestos mais simples, como por exemplo, o de dar bom dia todos os dias, dizer obrigado e pedir licença para participar de um mundo que, à primeira vista, também nos parece estranho e amedrontador. No espaço do cotidiano de ação profissional, Souza e Azeredo (2004, p.55) nos indicam duas posturas: “a primeira diz respeito à necessidade de dizer não ao senso comum, aos pré-conceitos, aos pré-juízos, aos fatos cotidianos que nos cercam: a segunda diz respeito à capacidade de interrogar sobre o que são as coisas, os fatos, etc.. mas também dos porquês.” Como ensinam as autoras, é necessário ter uma atitude investigativa e um distanciamento do mundo costumeiro, “olhando como se nunca o tivéssemos visto antes, [...] no sentido de refletir para poder ressignificar a prática”.

No que se refere ao papel do Assistente Social na coordenação da Oficina de Tear, em relação aos pacientes, ao poder disciplinar da instituição, à cultura dos demais profissionais que lá se encontram, este profissional pode ser considerado como um agente de inovação dentro das possibilidades que lhes são dadas para a criação de uma contra-hegemonia como Gramsci propõe. Hegemonia na versão gramsciana, segundo Abreu (2004, p. 45), refere-se não apenas à função de domínio, mas fundamentalmente, à função de direção intelectual e moral que uma classe ou frações de classe imprime ao conjunto da sociedade, mediante processos coercitivos e persuasivos, em que a ideologia (como concepção de mundo) é o elemento central. Abreu (2004, p. 66) esclarece melhor ao falar que a dimensão pedagógica do Serviço Social remete à sua função primeira, essencial na sociedade, isto é, diz respeito aos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir.

II - A Implementação da Oficina de Tear como processo terapêutico

O trabalho teve outra dimensão que não foi só material, foi social, na medida em que se procurou a partir dele construir relações de sociabilidade, resgatando laços de companheirismo, promovendo aproximações com outros atores, como diz (ROTELLI, 1990, p. 33), “abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir-lhes os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade.”

Sabe-se que não é possível avaliar, hoje, os efeitos do projeto, uma vez que este é um processo lento porque foi realizado em uma instituição fechada, e demanda muita vontade política de toda a equipe multidisciplinar e da própria disposição do grupo em participar. No entanto, pelos depoimentos dos próprios pacientes, sujeitos deste processo, é possível verificar o quanto eles foram tocados pelo programa e pela possibilidade da liberdade de

expressão: “no tear é possível desenvolver habilidades adormecidas”, “quando eu sair daqui minha mãe quer que eu continue essa atividade”. “o tear é higiene mental”, “a professora despertou em nós a esperança e juntos construímos laços de companheirismo.” (OLIVEIRA, 2005, p. 26).

III - Concepção das dificuldades do portador de transtorno mental

A oficina de Tear caracterizou-se por ser terapêutica, distante de ser um trabalho de produção em série. Reconhecer as limitações de cada um e respeitar seu potencial criativo foram suas condições de funcionamento. Aqui, vale destacar que nem todos os selecionados permaneceram no curso por diferentes motivos, como alta, fuga, ou mesmo por falta de interesse. Algumas falas, são testemunhos das suas queixas: “é um serviço muito bom, mas não rende, eu faço todos os dias 10 cm”. “o espaço da sala é muito pequeno”, “tear é trabalho de mulher”. (OLIVEIRA, 2005, p. 25). Assim, o nosso posicionamento enquanto agente de consenso, não significou trabalhar na relação dominação, mas inversamente, propondo uma prática educativa de emancipação, como nos ensina Abreu (2004). A partir dessa compreensão, o vínculo profissional e ao mesmo tempo afetivo foi muito importante.

Ao discutir a questão das Oficinas Terapêuticas como processo reabilitador para portadores de transtornos mentais, Saraceno (apud PITTA, 2001, p. 16) diz que “o processo de reconstrução do exercício de cidadania passa pelo poder contratual de cada pessoa, onde uns são mais hábeis e outros não, e deve integrar três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.” Nesta reflexão, o autor considera que a reabilitação deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental. A partir de Saraceno, o que se constrói nas Oficinas em espaços fechados é apenas um fragmento da cidadania, porque o ético seria que os internos pudessem usufruir o meio externo, onde a idéia de casa traz consigo experiências de reaprendizagem do uso do tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos. Concorde-se com o autor, que reabilitar dentro de hospitais fechados não é a melhor forma, mas entende-se, por outro lado, que o ambiente que tem por incumbência, por lei, custodiar e tratar do portador de transtorno mental que praticou o delito, deve ser salutar, dando a estes a condição de melhora ou de restabelecê-los, e como ensina Pitta (2001, p. 26), pequenos recursos devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que excluem e segregam, e isto depende da forma como os profissionais imprimem a sua prática com a pessoa portadora de transtorno mental.

IV - A atuação do Assistente Social no HCTP

Este profissional integra uma equipe multiprofissional, que tem conflitos como em todo campo profissional e, embora tenha seu conhecimento específico, no espaço sociocupacional ele é um **trabalhador coletivo**, como explica Iamamoto (2001), **faz parte de uma equipe multiprofissional no cuidado do portador de transtorno mental**, o que faz com que o projeto de tratamento do paciente seja avaliado por todos, não permitindo que o poder decisório se concentre em um único profissional. (OLIVEIRA, 2005). No processo de trabalho do HCTP, os Assistentes Sociais valorizam as opiniões de outros profissionais da equipe e contam com apoio importante da Professora de Educação Física (Maria Inês), a qual além de suas atividades específicas procura atuar junto ao Serviço Social, contribuindo nas assembléias realizadas com os internos. Em relação ao projeto de tear, a professora exerceu o papel de mediadora junto ao setor administrativo na viabilização de materiais e chamando o grupo para a organização do local. O espaço das assembléias, assim como as reuniões periódicas da equipe fizeram com que todos participassem do mesmo projeto, embora existam divergências, os profissionais encontram um modo consensual de resolver os problemas.

V - Impactos da Oficina de Tear

De maneira geral, os impactos podem ser analisados a partir da abertura para outras relações, abrir as portas para outras pessoas entrarem, como a professora, os coordenadores do CEDUP, o Jornal Diário Catarinense, que cobriu a matéria para divulgação, os familiares que participaram, movimento entre os agentes penitenciários para chamar os pacientes para o curso, enfim, a quebra de resistências. Alves (2001 apud PITTA, 2001: 44-56) revela que “cuidar de uma pessoa portadora de transtorno mental é empreender uma jornada, desde o momento que se toma contato com ela. Chega-se onde o paciente quer chegar e não aonde a equipe de cuidados previamente estabelece.”

Os manicômios têm, de acordo com o autor, a capacidade de transformar qualquer manifestação de poder (positivo) por parte do paciente em negatividade pura do sintoma. É por isso que os manicômios são considerados como lugar de trocas zero.

Em função do projeto ora apresentado, no mesmo ano de 2005 o Serviço Social conseguiu uma maior aproximação junto ao CEDUP para que outro projeto fosse elaborado, o qual denominou-se de *Oficina de Cestaria*. Após sua aprovação, esta oficina encontra-se em funcionamento no HCTP, conjuntamente com a *Oficina de Tear*. Outros projetos deverão entrar em pauta de discussão da equipe de Assistentes Sociais da Instituição, que dependem mais da disponibilidade de espaço físico do que da aprovação dos projetos.

Vale enfatizar que foi o interesse dos próprios internos em encontrar uma outra forma de compensar o ócio na instituição que proporcionou os projetos. Ou seja, foi uma demanda que aparecia nas assembléias e que foi ouvida não só pelas Assistentes Sociais, mas por toda a equipe multidisciplinar que atua neste local.

Isto não significa pensar que o Serviço Social se tornou um operador de oficinas, porque os profissionais se reconhecem no eixo teórico-metodológico, no eixo ético-político que os capacita a realizarem um trabalho baseado nos princípios democráticos com os sujeitos, distanciando-se muitas vezes do enquadramento institucional.

VI – Concepção da estagiária enquanto processo de aprendizado

Acredita-se que um pequeno passo possa auxiliar na compreensão de um projeto maior. As propostas terapêuticas poderão ser incluídas em outras propostas, como por exemplo, nas propostas atuais do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, dadas pela Inclusão Social pelo Trabalho na chamada Economia Solidária. Também, sabe-se que uma prática não se realiza de forma isolada, ela compõe um grande quadro, com seus condicionantes. O objetivo foi o de auxiliar o portador de transtorno mental a se perceber enquanto sujeito de direito e agente de mudança, buscando dentro das suas possibilidades resgatar sua capacidade de autonomia e favorecer a sua inserção no meio social.

As dificuldades foram muitas, sem dúvida, como por exemplo, sistematizar a prática, como utilizar o instrumental técnico nas reuniões grupais, que no decorrer do estágio foram sendo supridas pelas orientações periódicas. Não obstante, porém, o aprendizado não foi apenas baseado num conjunto de técnicas que sabemos necessárias à prática, mas muito mais rico quando partilhamos saberes e fazeres, quando reconhecemos o outro como diferente numa dada condição e como sujeito de história particularizada, ainda assim, como ganho profissional, o entendimento de que o aprendizado não está pronto, mas a se construir cotidianamente no espaço de trabalho, sendo que teoria e prática não podem estar dissociadas uma da outra.

A evolução dos trabalhos, enquanto potencial criativo dos portadores de transtornos mentais, foi expressiva pela exposição dos mesmos no hall do Centro de Eventos, na oportunidade do I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido no mês de junho na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). (Ver Apêndice B).

A evolução enquanto impacto do processo terapêutico requer sucessivas avaliações dos profissionais que lá trabalham, requer, entre outras propostas, que se avance nas discussões do próprio modelo de Hospital de Custódia.

5 CONCLUSÃO

Ao resgatar-se a história da “loucura” através dos tempos, contada por diferentes pensadores, observa-se que este foi um conceito socialmente construído, em função não só das estruturas das revoluções científicas do Estado Moderno, ao impor uma nova lógica de organização das Instituições Modernas da época, mas de todo um aparato jurídico, político, econômico, social e cultural que se fazia presente na sociedade moderna. Assim, as formas de se conceber a “loucura” em cada momento histórico são informadas pela percepção que se tem socialmente a respeito do “louco” e da “loucura”, atribuindo a este uma trajetória específica que altera a sua identidade anterior, e passa a ser uma marca no conjunto de suas relações com a sociedade.

De forma geral, tanto na Europa como no Brasil, a “loucura” esteve associada à noção de perigo que representava para as cidades que emergiam, numa tentativa de compreender não só a categoria dos “loucos”, mas de todo e qualquer indivíduo que não se adequasse aos princípios normais exigidos pela ordem social moderna. Nesse sentido, não eram apenas os hospitais psiquiátricos os responsáveis pelo internamento do “louco”, mas todo um arcabouço jurídico e político do Estado que implicava na questão da saúde mental.

Goffman (1974), a partir de seus estudos sobre instituições totais, nos deixa claro que nos hospitais psiquiátricos o indivíduo perde não somente a sua liberdade, mas todos os seus direitos. Ao ingressar no mundo asilar, ele é despojado de todos os seus pertences e de sua individualidade. E é justamente quando se nega a prática asilar que se busca construir espaços de cidadania para essas pessoas.

A assistência psiquiátrica teve uma função eminentemente de regulação social, assim como a situação das populações pobres, que a sociedade permitiu enclausurar, proveniente não apenas de uma forma de exclusão relativa, mas de relações de poder entre as partes da estrutura social da época. Em Foucault (1987), vimos como o poder disciplinar das instituições modernas funcionam como técnicas que permitem o indivíduo ser mais dócil e menos crítico. O poder tem sua produtividade, mas ao classificar o sujeito individualizando-o, contraditoriamente o massifica.

Ocorrem, também, mudanças nas formas pelas quais a psiquiatria organiza os problemas da “loucura” e do “louco”, tendo em Pinel o primeiro médico a organizar o espaço dos hospitais, ao presumir que os acorrentados deveriam ser soltos e observados dentro de uma divisão binária específica do saber médico. Disso resulta a preocupação em reformar a

assistência psiquiátrica: buscou-se diferentes formas de organizar os hospícios, as políticas de saúde mental e as campanhas, sejam estas de educação ou de prevenção.

O movimento da Reforma Psiquiátrica traz a possibilidade de crítica ao modelo centrado no hospital tradicional que, como apontou Baságli, não respondia mais às demandas do portador de transtorno mental. A medicalização da loucura como doença se revelava ineficaz. Nesse sentido, a desconstrução do manicômio se caracteriza como questionamento da relação problema-solução ou, nas palavras de Rotelli (1990), renunciar a solução que, no caso da psiquiatria, é a normalidade plena restabelecida. É todo esse modelo conceitual de crenças, valores, estigmas, práticas tradicionais de atendimento psiquiátrico incoerente e inoperante, que será duramente criticado pelo movimento denominado de antimanicomial.

As propostas da Reforma Psiquiátrica reorientam as práticas dos trabalhadores de saúde mental e das estruturas institucionais, ou seja, a loucura como doença passa a ser vista pela existência sofrimento do portador de transtorno mental, olhando a pessoa como ser “biopsicossocial” dentro de um conceito amplo de saúde.

A desinstitucionalização do portador de transtorno mental é entendida a partir da produção de novos gestos pelas equipes de saúde mental, como por exemplo, eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação com o corpo, reconstruir o direito e a capacidade do uso dos objetos pessoais, dar voz ao paciente, abrir espaços de interlocução com outros objetos, reativar uma base de rendimentos a fim de permitir o acesso aos intercâmbios sociais.

A discussão dos Manicômios Judiciários é recente na história da Reforma Psiquiátrica. Em 2002, o tema surgiu na III Conferência Nacional de Saúde Mental e no Seminário de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, cujo diálogo centrava-se na problemática da inimizabilidade, mas continua em pauta de discussão teórica na atualidade.

Em relação às propostas da Reforma Psiquiátrica, os CAPS têm sido considerados serviços alternativos importantes para o HCTP, na medida em que abrem um canal de inserção para o portador de transtorno mental no meio externo. Atualmente, freqüentam o CAPS da Agrônoma cerca de 8 pacientes que estão em condições de alta progressiva, provenientes do HCTP, restando, ainda, mais duas vagas disponíveis. Poderíamos nos questionar acerca do pequeno número que freqüenta o CAPS, num universo de 32 pacientes que hoje compõem o Programa *Alta Progressiva*, mas ao observarmos a realidade dos internos, concordaríamos com o que Saraceno (2001) aponta como fatores condicionantes: uns não querem, não podem, ou têm um poder de produção social muito baixo.

Outro desafio a que a equipe do HCTP se propõe encontra-se na rede social do paciente, considerado um aspecto bastante valorizado e que deve ser reconstruído ou, de outra forma, trabalhar na manutenção dos vínculos que ainda restam. Sabemos que não só as longas internações provocam uma espécie de cronicidade, mas também outros fatores estão presentes para analisar a realidade dos internos do HCTP, como por exemplo, a condição da própria doença e do delito cometido, contudo esse trabalho não se pretendeu averiguar.

Entretanto, existem muitas possibilidades no HCTP que convergem para as propostas da Reforma Psiquiátrica. O Programa *Alta Progressiva*, o qual a estagiária acompanhou no período de estágio, destaca-se como inovação das práticas em saúde mental da equipe multiprofissional do HCTP. Este programa propicia àqueles que não contam com apoio sociofamiliar ou por outros condicionantes, usufruírem o meio externo e resgatarem um pouco da sua estima, independência, reconhecerem objetos de interlocução, reaprenderem no processo de sociabilidade como construir laços de companheirismo. Em outras palavras, a visão de democracia, de cidadania e direitos do portador de transtorno mental infrator é exercida quando se ultrapassa os muros da instituição custodial.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTS, apesar de não terem uma definição clara para novas implantações, como indicam os Coordenadores de Saúde Mental do Estado, pois dependem grandemente da posição dos gestores municipais e da pressão dos colegiados de saúde mental no município, ainda assim mostram-se como possibilidades para a desinstitucionalização de boa parcela de internos do HCTP.

A desinstitucionalização, por outro lado, não deve ser confundida com desospitalização. O verdadeiro sentido de desinstitucionalizar é articular os três grandes cenários, como recomenda Saraceno, a casa, o trabalho e a rede social. Desospitalizar significa que o Estado vai repor o valor do leito desocupado em serviços abertos. Resta saber se isso de fato acontece. Por que ao contrário torna-se uma política neoliberal de desocupação de leitos.

Os Projetos de Oficinas de Trabalho implantados no HCTP no ano de 2005, como projetos terapêuticos de resgate à cidadania do portador de transtorno mental, embora não se ajustem às reais propostas da Reforma Psiquiátrica, por funcionarem no meio interno da instituição, demonstram ser um processo de transição, de reconstrução de habilidades adormecidas que, vinculados a outras estratégias, como acompanhamento contínuo, supervisão, a nosso ver, podem se incluir em propostas mais amplas como as que o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho vêm propondo através dos programas de geração de renda.

Ao resgatarmos toda a história do portador de transtorno mental na sua trajetória histórica, certamente, hoje apontaríamos que ele se encontra sob um novo conceito, sob um novo olhar, digamos assim, objetivado de uma nova forma, e seria grosseiro compará-lo dentro das práticas dos séculos XVIII e XIX, mas, seguramente, identificaríamos ainda semelhanças às práticas tradicionais, como as que Goffmann (1974) analisa em “instituições totais”. O fazer cotidiano entediante de todos os dias, as relações verticalizadas entre dirigentes e pacientes, e as disciplinas das instituições modernas de Michel Foucault (1987) onde se deseja um novo tipo de sujeito, quem sabe mais bem objetivado dentro das suas próprias condições de produtividade e diante do próprio modelo de instituição hierárquica que são os hospitais em geral. É neste contexto que se encontra o portador de transtorno mental ainda. É por isso que nossas práticas devem convergir para a emancipação deles mesmos e não inversamente. Em contrapartida a todas as observações, entendemos que o processo de mudança nas práticas de atendimento é construído, requer treinamento, sensibilidade, empenho dos trabalhadores em saúde mental. Isto também já é possível constatar como processo em construção no HCTP.

Com relação à Saúde Mental no Município de Florianópolis, através de todos os informativos do Ministério da Saúde, das discussões no I Congresso de Saúde Mental no Estado e das próprias observações no período de estágio é possível dizer que as propostas de integração da saúde mental na rede básica de saúde em geral ou nos hospitais gerais ainda encontram dificuldades de serem inseridas, porque comporta muitos conceitos diferenciados pelo estigma que lhes é conferido. Ou na versão de que, o Pacto de Gestão do SUS como pacto pela vida desconsidera a saúde mental como prioridade em detrimento de outras consideradas mais importantes. Através dos relatos nas palestras, a rede de atenção básica deveria atender 80% das demandas, mas não recebe recursos suficientes para o fazer. O orçamento do Ministério da Saúde foi considerado por eles como sendo o maior e todo o dinheiro da Previdência Social já está destinado. O SUS acaba sendo uma política de governo e não de Estado, cada um chega e estabelece suas regras, da mesma forma poderíamos pensar, a situação nos municípios com a mudança constante de gestores, secretários municipais entre outros dirigentes do poder político, diluem-se muitas vezes propostas que deveriam ser levadas à frente.

As Políticas de Assistência em Saúde Mental no Estado de Santa Catarina se deparam com alguns entraves para serem efetivadas, como por exemplo: a questão da insuficiência de recursos humanos para suprir toda a demanda da saúde mental na rede de atenção de base comunitária, a qualificação da equipe, que muitas vezes se sente despreparada

para lidar com o transtorno mental. Quanto às substituições das internações psiquiátricas em hospitais gerais, ocorrem algumas dificuldades, geradas pela falta de diplomacia entre o Psiquiatra e o Médico do Hospital Geral, além disso, pode-se afirmar que a presença do portador de transtorno mental diante de uma equipe defasada que atualmente constata-se nos hospitais públicos, faz com que este seja mais um fator desagregador para avançar na diminuição de leitos psiquiátricos, como propõe a Reforma Psiquiátrica. Assim, deveriam destinar uma unidade psiquiátrica nos hospitais gerais, com pessoal devidamente capacitado para melhor trabalhar essa questão, como já é realidade em alguns hospitais, a exemplo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS onde já funciona uma unidade de psiquiatria.

A prática do Assistente Social em saúde mental na atualidade, certamente, não é a mesma da década de 40, centrada na idéia de prevenção e por uma pedagogia de ajuda para responder a questão de regulação social, corrigindo hábitos incorretos, desde então, muito se avançou a partir da superação da categoria em termos de identidade profissional e de todo o aparato legal de suporte à profissão (Constituição Federal, Código de Ética, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Sistema Único de Assistência Social – SUAS, Conselhos Federal e Estadual de Regulamentação da Profissão – CEFESS/CRESS, Diretrizes Curriculares da ABESS e todas as legislações da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência). Também, todos os espaços construídos através das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os Congressos, Encontros, Colegiados, entre outros, são considerados importantes canais de discussão acerca das expressões da questão social. Mas, embora seja importante, a saúde mental é pouco discutida na Universidade – UFSC, nos Conselhos Municipais de Políticas Públicas, nas escolas em geral e muitas pessoas desconhecem o universo do HCTP e a realidade do portador de transtorno mental.

O Serviço Social trabalha nessas contradições e como um trabalhador que tem relativa autonomia no espaço sócio-ocupacional, como já foi discutido anteriormente, está sempre a realizar suas atividades, envolvido em todos os condicionantes que não são externos à sua prática, mas onde o mesmo se inscreve. Mas, por todo o suporte legal, competências e habilidades que ele necessariamente deve ter dentro do projeto ético-profissional é que pode detectar tendências e possibilidades para ir além das rotinas institucionais. Como nos aponta Iamamoto (2001), nas contradições e limites presentes no Estado e na sociedade civil existe sempre um campo possível de ação dos sujeitos comprometidos criticamente com as novas demandas da expressão da questão social.

O desafio para os Assistentes Sociais do HCTP, além de toda a demanda institucional, está em ampliar cada vez mais o espaço de interlocução entre o portador de transtorno mental

e a sociedade, sugerindo à Instituição projetos de socialização das vivências com o portador de transtorno mental nas escolas, nas universidades, nos conselhos comunitários, reiterando a luta da saúde mental no processo mais amplo da sociedade civil. Observa-se, por exemplo, que a saúde mental é quase desconhecida no meio acadêmico e, se procurarmos nos livros de anatomia, vemos todo o funcionamento físico-biológico do corpo humano, mas o mental é separado em outra discussão do aparelho psíquico.

Ainda, seria importante promover palestras e desconstruir mitos entre crianças e jovens nas escolas e nos espaços culturais na comunidade; abrir as portas do HCTP para que eles possam conhecer a realidade do portador de transtorno mental sob os novos conceitos de saúde mental e sob o novo olhar dos profissionais, e quem sabe celebrar a “loucura” como fonte de criação e não de exclusão.

A evolução dos Projetos de Oficinas de Trabalho, enquanto potencial criativo do portador de transtorno mental e enquanto valor material, foi expressiva pela sua exposição no rol do Centro de Eventos, na oportunidade do I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido no mês de junho na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). (ANEXO, fotos). O impacto enquanto processo terapêutico requer sucessivas avaliações dos profissionais que lá trabalham, requer que se avance nas discussões do próprio modelo de hospital custódia.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases históricos-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 79, p. 43-71, 2004.

ALVES; SILVA. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2001.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (coord.). **“loucos” pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. In: **I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2006.

AQUINO, Rubim Santos Leão de. et al. **História das sociedades modernas às sociedades atuais**. 24. ed. Rio de Janeiro: Ao livro técnico, 1988.

AREJANO. C. B. **Reforma Psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à Saúde Mental**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=so104-59702004000200002>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

ASSIS, Machado de (1882). **O Alienista**. Rio de Janeiro: Três, 1972.

AZEREDO, Verônica Gonçalves; SOUZA, Rosany Barcelos de. O assistente social e a ação competente: a dinâmica cotidiana. **Serviço social & Sociedade**, São Paulo, n. 80, p. 48-58, 2004.

BARTH; Elaine; BOING, Hamilton; BELLEI, Marisol; et al. (org.). **Inclusão Social no Brasil – experiências em programas de reabilitação prisional a partir do I Fórum internacional de ações socioeducativas nas prisões**. Florianópolis: Agnus, 2003.

BASÁGLIA, Franco. In: OBIOLS, J. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Salvat, 1979.

BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BEZERRA JR., 1994. In: DUARTE, Marco José de. **Por uma cartografia do cuidado em Saúde Mental**: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições? São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social na Saúde Mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 82, 2005.

BRASIL. **Código Penal**. São Paulo: Rideel, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 251/GM/2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **ANEXO I da Portaria Interministerial nº 628**, de 2 de abril de 2002. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Dispõe sobre atenção em Saúde Mental no Sistema Penitenciário. Prevê implantação de programas permanentes de Reintegração Social junto aos Hospitais de Custódia e tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2002b.

_____. Ministério da Saúde Ministério da Justiça. Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: **Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Constituição (1988). **Título VIII – Da Ordem Social**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Lei 10.708**, de 31 de julho de 2003. Regulamenta o Programa de Volta pra Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.169/GM**, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinado a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria Interministerial nº 353**, de 7 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, 2005c.

BRAVO; M I; et al. (org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, IERJ, 2004.

BRITO, C. M. D. **Rascunhos da “loucura”**. São José dos Campos: Univap, 2001.

CHALHOUB, S. **Cidade Febril: Cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia da Letras, 1996.

CARRARA, S. **Crime e “loucura”**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUerg; EdUsp, 1998.

CASTEL. R. **A ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei nº 8662/93. Regulamenta a profissão. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2001.

CORDIOLI, M. S. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis: **os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos**. 2002. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

COSTA, N.R. (org.) **Cidadania e “loucura”**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

DA ROS, M.A. **Fórum Popular estadual de Saúde**: expressão catarinense do Movimento Sanitário, para os anos 90. 1991. Dissertação (Mestrado em XXX). Universidade Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

DARÓS, R. C. O. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**: instrumento de ressocialização dos portadores de transtorno mental. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Aprovada em: 14 nov. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107>. Acesso em: 1º jun. 2006.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: **Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

DELGADO, P. G. G. 1997. In: SOUZA, V. S. **Associação de usuários e familiares frente à implementação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro**. 1999. Dissertação (Mestrado). Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

DELGADO, P. G. G. Conferência de Abertura: Economia Solidário e Saúde Mental. In: BRASIL, Ministério da Saúde/ SAS/ DAPE. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo trabalho**. Brasília: MS, 2005.

DIAS, M. T.G. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL. et al. **Saúde mental: transpondo fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

ENGELMAN, Cláudia Maria Perroni; FONSECA, Tânia Mara Galli. **Bárbaros no século XXI? What is barbarity in actuality?** In: LINS, Daniel; PELBART, Peter. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze – Bárbaros, civilizados**. São Paulo: Annablume, 2004.

ESPERIDIÃO, Elizabeth. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun, 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 1º dez. 2005.

FOUCAULT, M. **História da “loucura”**: na Idade Clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Vigiar e Punir**: história das violências nas prisões. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

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

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2001.

I CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL e VI ENCONTRO CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL, 2006, Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

KINOSHITA et. al. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2001.

KOUPERNIK, Cyrelle. (org.). **Antipsiquiatria**: senso ou contra-senso? Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

LOBOSQUE, Ana Maria. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUZ; LIMA. In: BARTH; Elaine; BOING, Hamilton; BELLEI, Marisol; et al. (org.). **Inclusão Social no Brasil** – experiências em programas de reabilitação prisional a partir do I Fórum internacional de ações socioeducativas nas prisões. Florianópolis: Agnus, 2003..

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MARCA, L. A. **Política de Saúde Mental e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis - SC**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- MARTINELLI, M. L. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: Versus, 1999.
- MELMAN, J. **Família e doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.
- MINUCHIN, Salvador. Um modelo familiar. In: MINUCHIN, Salvador. **Famílias- Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: Contribuições para o debate. **Serviço social & Sociedade**, São Paulo, n. 55, p. 114-130, 1997.
- MIOTO, R. C. T. **Perícia Social: proposta de um percurso operativo**. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 67, p. 145-158, 2001.
- NUNES, Nei A. **Jeremy Bentham e os projetos panóptico e do panoptismo: luzes e sombras na maximização da utilidade**. Cadernos de Formação, série conversas sobre psicologia social, Pensar a Política ou a tarefa do pensamento sócio-histórico no Brasil., Florianópolis, v. 1, p. 23-41, 2003.
- OLIVEIRA, Eleusa Klipp de. Relatório de Estágio apresentado a disciplina de Estágio Curricular Obrigatório DSS/5631 e DSS/5632. Curso de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005, (mimeo).
- OLIVEIRA, O. M. **Prisão: um paradoxo social**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2003.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: contradições dos anos 1970**. Disponível em: <http://www.scielo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002>. Acesso em: 8 jun. 2006.
- PESSOTTI, I. A. A “loucura” e as épocas. 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 1995.
- PICHON-RIVIÉRI, E. **O processo grupal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2001.

PUEL, Elisia; et al. **Doença mental: transpondo as fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

PUEL, Elisia. **I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2006.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica IN: TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (org.). **Cidadania e loucura: Política de saúde mental no Brasil**. Petrópoli: Vozes, 1992.

ROEDER. M. A. **Atividade Física Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro, Shape, 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. de. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAMPAIO, José Jackson. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1988. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SANTOS, N. B. Exclusão nunca mais: o município também pode colaborar na inclusão dos negros na sociedade brasileira. **Jornal da ABONG**, São Paulo, n. 16, p. 8, 1999.

SARACENO, Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2001.

SOUZA, W. S. **Associação de usuários e familiares frente à implementação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro**. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

STUM, LÍlian Konageski; HILDEBRANDT, Leila Mariza. **A “loucura” no decorrer dos tempos e a sua relação com a psiquiatria forense: uma revisão bibliográfica**. Disponível em: <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1488>>. Acesso em: 2 jun. 2006.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais, afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

VITORINO, Sandra. **I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2006.

WEFFORT, M. F. **Educando o olhar da observação**: Aprendizagem do olhar. Série Seminários- Observação, Registro, Reflexão e Instrumentos Metodológicos. Espaço Pedagógico, 2. ed, setembro, 1996.

-

APÊNDICE A – PROJETO CURSO DE TEAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO - ECONOMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Planejamento Operacional do Serviço Social
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de Florianópolis.
Projeto Oficina de Arte – Curso de Tear

Trabalho de graduação apresentado à disciplina de Planejamento
Alunas: Jaqueline Oliveira de Souza e Eleusa Klipp de Oliveira
Professora: Márcia do Rocio Santos.

Florianópolis, 20 de junho de 2005.

Sumário

1. Introdução	3
2. Apresentação da Instituição	5
2.1. Breve histórico da Instituição e de seu funcionamento	5
3. Justificativa	9
4. Objetivo Geral	9
4.1. Objetivos específicos	10
5. Metodologia	10
6. Recursos	11
7. Cronograma	12
8. Avaliação	12
9. Bibliografia	14
10. Anexos	15

1. Introdução

Este Projeto visa estimular os pacientes do HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) a participarem em uma atividade produtiva e socializante, proporcionando-lhes maiores possibilidades de reinserção no meio social, quando se encontrarem fora da Instituição.

A necessidade de agregar valores de auto-estima e de integração, entre o grupo que vivencia a mesma situação de transtorno mental, poderá reverter o quadro de ansiedade em que convivem diariamente, não só pela espera da alta hospitalar mas, sobretudo, em função da sentença judicial.

Outrossim, pressupõe-se que o contato com um trabalho manual poderá levar ao desenvolvimento de habilidades e estimular sua criatividade, favorecendo o resgate de valores enquanto cidadãos inseridos na sociedade.

A Instituição hospitalar, ao incentivar a interação grupal num trabalho coletivo, estará concorrendo para a diminuição do ônus em termos de tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, possibilitando respostas mais efetivas aos usuários de seus serviços.

A saúde é um direito inalienável do ser humano, reconhecido pela Constituição Federal, sendo o Estado responsável em garantir a todo cidadão condições dignas de vida, bem como ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, num país como o Brasil, marcado pelas desigualdades sociais, onde uma grande parcela da população não participa da riqueza socialmente produzida, as contradições sociais não ocorrem apenas no nível do capital versus trabalho mas, também, nos preconceitos em relação aos doentes mentais, vistos em geral como "perigosos" pela sociedade.

Assim, diante das condições de tratamento oferecidas pelo HCTP, a atual proposta do Serviço Social inclui a implantação de Oficinas Profissionalizantes que, segundo relato da

Assistente Social¹, deverão funcionar como projetos terapêuticos, e no atual momento o HCTP não dispõe de verbas e nem de previsão orçamentária, o que dificulta a implementação de projetos.

Dessa forma, enquanto planejadoras, a nossa proposta será a de apresentar o Projeto junto ao CEDUP (Centro de Educação Profissional – Secretaria de Educação), para que este órgão possa articular a viabilização do mesmo em parceria com a Instituição (HCTP).

Nestes termos, o presente projeto consiste numa intervenção a partir da demanda² identificada dentro do HCTP, e cujas informações se basearam em: visita realizada à instituição, em que mantivemos contato com a profissional do Serviço Social³, além de monografia⁴ referente a esta área e artigos pertinentes aos problemas enfrentados pelo portador de transtorno mental.

O projeto inicia com uma apresentação sumária da Instituição, seguida de um breve histórico da mesma, salientando sua missão, sua forma de organização e relação com outras Instituições, além de descrever o desenvolvimento do Serviço Social no HCTP. Finaliza, justificando a escolha dessa instituição para a realização do presente projeto, destacando os objetivos gerais e específicos, a metodologia, o cronograma de atividades e a avaliação, além das referências bibliográficas.

¹ Assistente Social: Rita de Cássia Ouriques Darós – CRESS 3499

² Visita realizada ao HCTP, no dia 27/05/2005.

³ Ver nota rodapé 1, em comunicação pessoal.

⁴ Ver bibliografia.

2. Apresentação da Instituição

Nome: HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico).

Endereço: Rua Delminda da Silveira, s/n , anexo ao Complexo Penitenciário.

Bairro: Agronômica

Cidade: Florianópolis (SC).

2.1. Breve histórico da Instituição e de seu funcionamento

O HCTP entrou em funcionamento no ano de 1970 quando, por exigência do Código Penal vigente foi determinada a construção de Manicômios Judiciários em todos os Estados da Federação, para o tratamento psiquiátrico dos indivíduos portadores de distúrbio mental, associado a problemas com a Justiça. Assim sendo, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Santa Catarina teve sua existência legal afirmada pela Lei nº 4559, de 07 de janeiro de 1971, como parte integrante do Sistema Penitenciário Estadual, e encontra-se, atualmente, ligado ao Departamento de Administração Penal (DEAP), órgão subordinado à secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão.

A missão da Instituição consiste na realização de Exames de Sanidade Mental e Exames de Dependência Toxicológica, procedendo também ao tratamento dos pacientes confinados portadores de distúrbio mental, e dos provenientes do sistema carcerário que apresentem intercorrência psiquiátrica; além disso, proporcionar tratamento aos réus inimputáveis, ou seja, considerados não responsáveis por seus atos, visto sofrerem de distúrbio mental e cuja sentença judicial decretou-lhes o cumprimento de Medida de Segurança por tempo indeterminado ou, no máximo, por um período de três (3) anos, para isso realizando Exames Criminológicos e Exames de Cessação de Periculosidade.

Como podemos identificar na visita realizada, o hospital funciona com instalações muito antigas, o que sugere um certo descaso das autoridades em relação à manutenção do mesmo.

O espaço físico abriga atualmente cerca de 110 pacientes, sendo o único Manicômio Judiciário do Estado, e tendo que receber uma demanda maior do que sua capacidade de absorção.

Os Serviços realizados nesta Instituição comportam as áreas da Medicina, Enfermagem, Psicologia, educação física, Serviço Social, Pedagogia, Administração e áreas de Segurança, entre outras não identificadas. Nesse sentido, relaciona-se com diferentes políticas setoriais (Saúde, Educação, Previdência Social, Justiça, etc).

Em relação aos vários serviços, recursos humanos e espaço físico do Hospital, na versão de Darós (2004) são considerados insuficientes dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica que propõe reorientar o modelo assistencial em saúde mental, e visa ampliar a rede de atenção extra-hospitalar (ambulatórios, pronto-socorro psiquiátrico, hospital-dia, oficinas terapêuticas, entre outros), reduzindo os macro-hospitais psiquiátricos, e melhorando a rede de serviços intra-hospitalar, com a contratação de novos profissionais.

Como forma de credenciamento junto ao SUS (Sistema Único de Saúde), há necessidade de adaptar o Sistema Penal às exigências da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como aos termos da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), cujas determinações referem-se à organização dos serviços de atendimento na área de saúde mental.

Em relação à população assistida pelo HCTP, a mesma é composta de pacientes do sexo masculino, em regime de internamento, proveniente de todo o Estado, sem predominância de alguma região específica, e cuja faixa etária situa-se entre 21 e 61 anos. O perfil deste público foi

demonstrado em pesquisa realizada em 2004, como sendo: "(...) a maioria com profissão definida, biscateiros, (...) nível de escolaridade baixo, analfabetos ou semi-analfabetos, (...) somente dois internos que possuem nível superior". Darós, (2004, p. 32).

Diante da precariedade do Sistema de Proteção Social, dado pela ineficiência de recursos materiais, humanos e das necessidades básicas, o HCTP conta com contribuições filantrópicas e ajudas voluntárias como por exemplo: doações de roupas e outros artigos de natureza diversa (material de apoio pedagógico, esportivos, etc).

O Serviço Social no Hospital de Custódia foi implantado em 1978, pautado num trabalho multidisciplinar, e com o objetivo de possibilitar um atendimento eficaz ao portador de transtornos mentais. Nesse sentido, busca-se resgatar o vínculo familiar, a auto-estima e a cidadania dos internos facilitando uma melhor reinserção na sociedade; para isso, o trabalho do serviço social com as famílias tornou-se importante, do ponto de vista da ressocialização do paciente, visto ser o futuro ponto de apoio do mesmo, quando não a fonte de certa resistência em recebê-lo de volta.

O trabalho do Serviço Social dentro da Instituição volta-se, também, para a viabilização da cidadania, através da garantia de direitos (previdenciários, advocatícios, entre outros) e obtenção de documentos junto aos órgãos competentes (carteira de identidade, CPF, título de eleitor).

As atividades desenvolvidas caracterizam-se pelo atendimento individual e grupal, onde o Assistente Social procura apoiá-los nas suas ansiedades, que são múltiplas diante de um ambiente estranho e da própria condição da doença. Apresenta carências no nível físico, psíquico, cultural, intelectual, afetivas e materiais.

Cabe ressaltar o importante papel do assistente social, junto aos familiares, no sentido de obter dados sobre a história de vida e da doença do paciente, contribuindo dessa forma com a equipe multidisciplinar.

Outra atividade de atribuição do Serviço Social são os Grupos de Correspondência, cujo objetivo é assegurar e estimular a livre expressão do interno com seus familiares, amigos e outras pessoas das suas relações. Este método se dá através da escrita (cartas) diminuindo a distância e fortalecendo os laços.

Dentre outros atendimentos encontra-se o atendimento familiar, em que o Serviço Social faz mediação entre a família e o portador de transtorno mental. Valorizam os aspectos do contato familiar como meio de integrar o paciente na família. Nesse sentido, esclarecem dúvidas sobre a doença e como lidar com esse indivíduo.

Nessa atividade se deparam, muitas vezes, com a fragilidade da família que necessita de suporte para lidar com essa situação e encaminham, quando necessário, a outras redes de apoio.

Paralelamente a seu trabalho, promovem atividades sociais que compreendem as festas juninas, natal, festa do idoso, aniversários incentivando a família a participar; programam visita domiciliar quando o caso requer, para conhecer melhor a estrutura familiar e buscar apoio para a futura alta hospitalar.

Desenvolvem, outrossim, contatos com os CAPS e Prefeituras; encaminhamento dos internos aos CAPS; providências junto à FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da AIDS), solicitando aposentadorias e esclarecimentos, conforme o caso.

3. Justificativa

A presente proposta justifica-se em função da disponibilidade de tempo que detêm os internos do Hospital de Custódia, uma vez que, com exceção das atividades esportivas desenvolvidas neste espaço, não dispõem estes indivíduos de nenhuma outra atividade que os envolva produtivamente, tornando-os dessa forma ociosos e ansiosos.

Outro fator que contribui para a viabilidade do projeto é a existência de alguns recursos materiais (teares), que já se encontram na Instituição.

A possibilidade de agregar valores de auto-estima e de integração entre o grupo também é outro fator que torna o projeto relevante. Entendemos que a atividade artesanal propicia aos participantes a aquisição de habilidades manuais, o desenvolvimento cultural, a produção de uma alternativa de renda e garantia da cidadania.

A realidade sócio-econômica da maioria dos portadores de transtornos mentais internados e o baixo grau de instrução não lhes possibilitam condições dignas de sobrevivência quando fora da Instituição. Por isso, a oportunidade das oficinas de tear pode levá-los a participar de um processo de construção de cidadania e garantir uma fonte de renda, tornando-os mais independentes no retorno ao convívio social.

4. Objetivo Geral

- Implantar uma oficina de tear, visando manter os pacientes do HCTP envolvidos numa atividade produtiva e socializante, para uma melhor reinserção social dos mesmos quando fora da instituição, possibilitando-lhes o exercício de uma profissão ou atividade geradora de renda.

4.1. Objetivos específicos

- Exercitar e desenvolver a habilidade manual dos pacientes;
- Incentivar a criatividade dos pacientes e reforçar a sua auto-estima;
- Possibilitar exposição dos produtos junto à feiras de artesanato;
- Preparar os pacientes para uma nova perspectiva de trabalho no âmbito extra-hospitalar, que lhes possibilite seus rendimentos.
- Providenciar profissionais e a articulação de uma equipe multidisciplinar;
- Publicizar as informações junto a Instituições, Imprensa entre outros órgãos públicos;

5. Metodologia

As estratégias de ação, que segundo Baptista (2003, p, 88) se configuram num momento em que se procuram caminhos criativos que permitam tirar o máximo das condições estabelecidas, potencializando os recursos disponíveis, sejam eles físicos, financeiros ou humanos é que subsidiam nossa ação enquanto planejadoras.

As alternativas de intervenção para atingir os objetivos propostos se pautarão nos seguintes procedimentos:

Providenciar junto à Secretaria de Educação a aprovação do projeto e viabilizar via ao CEDUP (Centro de Educação Profissional), uma professora para ministrar o curso no HCTP.

Enquanto planejadoras vimos como necessário, participar de uma reunião com a equipe multidisciplinar do HCTP, como forma de identificar a população que deverá fazer parte das Oficinas de Tear, selecionando os pacientes para participarem do projeto

Além disso, consideramos importante promover uma reunião conjunta entre professora e os pacientes participantes do projeto, com o objetivo de prepará-los para o início do curso. Nesse sentido, orientando-os quanto à importância deste trabalho entre os mesmos e esclarecendo dúvidas em relação ao funcionamento do projeto.

Providenciar recursos materiais, humanos e financeiros para a manutenção do projeto e estabelecer reuniões mensais entre professores e alunos do curso para avaliação do processo.

Elaborar folder para divulgação dos trabalhos realizados junto às repartições, assim como divulgar a implantação do projeto nos meios de comunicação (rádios, jornais, etc).

Contatar com órgãos públicos (Prefeitura Municipal), a possibilidade da exposição dos trabalhos em feiras livres, concorrendo para a venda dos produtos.

Providenciar a organização de encerramento do curso e a entrega dos certificados em conjunto com a equipe do HCTP.

6. Recursos

Disponíveis:

Recursos humanos: uma Assistente Social e uma estagiária do Serviço Social;

Não disponíveis: uma professora de artes;

Recursos materiais:

Disponível: Teares, material didático (lápiz, papel, etc);

Não disponível: Fios (lãs entre outros).

Os recursos financeiros serão viabilizados através das redes de apoio, como por exemplo, da Pastoral carcerária e da ajuda da comunidade (doações).

Além disso, o nesse papel enquanto Assistentes Sociais em formação, será o dar visibilidade ao projeto, como possibilidade de ser incluso na agenda pública como direito do cidadão com transtorno mental, daí os recursos financeiros possam, também, serem assegurados formalmente.

7. Cronograma

O presente projeto tem duração de um ano conforme exigências do CEDUP, todavia, a sua construção ocorreu a partir do mês de maio de 2005, cujas atividades serão destacadas até a implantação do mesmo.

Atividades	Maio	Junho	Julho
Visita ao HCTP	X	X	X
Apresentação do projeto a Secretaria de Educação e Centro de Educação profissional			X
Reunião com a equipe multidisciplinar do HCTP			X
Seleção dos pacientes para participar do projeto			X

8. Avaliação

Consideramos que o processo de avaliação é importante para este projeto, portanto, como já foi referido anteriormente, as observações serão uma constante durante o processo de desenvolvimento do projeto.

Retomamos Baptista (2003), para quem:

A avaliação está presente dialeticamente em todo o processo do planejamento: quando se inicia a ação planejada, inicia-se concomitantemente sua avaliação, independentemente de sua formalização em documentos. Não é, portanto, o seu momento final, mas aquele em que o processo ascende a outro patamar, reconstruindo dinamicamente seu objeto, objetivos e procedimentos (BAPTISTA, 2003. p. 113).

Este é o papel da avaliação: Construir momentos reflexivos que permitam aos indivíduos a análise da realidade e dos fatos (MARINO, 1998, p,13).

A avaliação será feita a partir dos seguintes indicadores:

Observar o desempenho dos participantes do projeto, identificando o nível de satisfação dos mesmos.

Manifestação de dúvidas ou sobrecarga emocional, física que serão relatadas nos prontuários dos pacientes, e conseqüentemente avaliadas por toda equipe multidisciplinar do HCTP.

Estreitamento de relacionamento interpessoal entre os pacientes, e dos profissionais envolvidos com o projeto junto aos órgãos competentes na alocação dos recursos.

Verificação do grau de qualidade do atendimento, sob a intervenção do profissional de Serviço Social..

9. Bibliografia

BAPTISTA, Veras Myrian. **Planejamento Social: Intencionalidade e Instrumentação**. 2ª ed. São Paulo, Veras, 2003.

MARINO, Eduardo. **Manual de avaliação de projetos sociais**. Pedagogia Social. Instituto Ayrton Senna, 1988.

Reforma Psiquiátrica e Mídia: representações sociais na Folha de São Paulo – artigo por Ana Lúcia machado. Disponível na Internet
www.scielo.br/pdef/csc/v9n2/20402.pdf- acesso em junho de 2005.

Portal da Cidadania - disponível na Internet
www.radiobras.gov.br/ct/2002/materia_31052_4htm-21k acesso em junho de 2005.

DARÓS, Rita de Cássia Ouriques. Monografia; **A Ressocialização dos Portadores de Transtornos Mentais: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. UNISUL, 2004.

**APÊNDICE B – FOTOS PROJETO CURSO DE TEAR E DIVULGAÇÃO NO I
CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL**



ANEXO A – PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353 Em 7 de março de 2005.

Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE e O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO E EMPREGO, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso I, da Constituição, e

Considerando as atribuições da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, que busca construir a política nacional de fortalecimento da economia solidária e da autogestão, estimular a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza;

Considerando as diretrizes da política nacional de saúde mental, que busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida;

Considerando as diretrizes gerais de ambas as políticas, Economia Solidária e Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos; e

Considerando as deliberações da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada na Universidade de Brasília, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, convocada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego,

R E S O L V E M:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, a ser composto por representantes (um titular e um suplente) das instituições e instâncias abaixo, sob coordenação da primeira:

I - Ministério da Saúde;

II - Ministério do Trabalho e Emprego;

III - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

IV - Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária;

V - Fórum Brasileiro de Economia Solidária;

VI - Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e

VII - Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho ora instituído poderá convidar outros ministérios e instituições para participar de suas atividades de acordo com os temas que serão objeto de discussão e proposição.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária terá as seguintes atribuições:

I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de reforma psiquiátrica;

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária;

e VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

Art. 3º Fixar o prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis para que o coordenador do Grupo de Trabalho convoque seus membros para as reuniões.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 2 (dois) meses, a partir da publicação desta Portaria, para que os titulares das instituições e instâncias relacionadas no artigo 1º indiquem seus respectivos membros, titulares e suplentes.

Art. 5º Estabelecer o prazo de seis 6 (seis) meses, prorrogáveis uma única vez, para o Grupo de Trabalho apresentar suas conclusões aos dois Ministérios.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da
Saúde

RICARDO BERZOINI
Ministro de Estado do
Trabalho e Emprego

ANEXO B – PORTARIA Nº 1.169/ GM

PORTARIA Nº 1.169/GM DE 7 DE JULHO DE 2005.

Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001;

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que buscam construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore das condições concretas de vida, entendendo que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário;

Considerando as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária e da Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos;

Considerando a Portaria Interministerial nº 353, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária,

R E S O L V E:

Art. 1ª Destinar incentivo financeiro para os municípios que se habilitarem junto ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de inclusão social pelo trabalho destinadas a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Art. 2ª Estabelecer os seguintes critérios para a habilitação dos municípios:

- I - possuir rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária e territorial (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios e outros serviços);
- II - ter habilitação prévia no Programa De Volta para Casa; e
- III - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho -CIST, elaborado e acompanhado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária.

Art. 3ª Definir como prioritários para o recebimento do incentivo financeiro os municípios que:

- I - tenham número elevado de leitos de longa permanência em hospital psiquiátrico;
 - II - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos;
 - III - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, e
 - IV - apresentem articulações efetivas entre a área de saúde mental e a rede de economia solidária.
- Art. 4ª Estabelecer, como exigência para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, que o gestor do município encaminhe ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPE - Área Técnica de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, e para a Secretaria Estadual correspondente, se for o caso, os seguintes documentos:

- I - ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que será beneficiado;
- II - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos em até 3 (três) meses após seu recebimento; e
- III - plano de aplicação do recurso.

Art. 5ª Definir os valores a seguir descritos para o incentivo de que trata esta Portaria:

- I - R\$ 5.000,00 - para municípios que possuam entre 10 e 50 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho;
- II - R\$ 10.000,00 - para municípios que possuam entre 51 e 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho; e
- III - R\$ 15.000,00 - para municípios que possuam mais de 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho.

Art. 6ª Determinar que o incentivo seja transferido em parcela única ao respectivo fundo, do estado, do município ou do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

Art. 7ª Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de aplicação efetiva definido nesta Portaria.

Art. 8ª Definir que serão destinados, para as ações previstas nesta Portaria, recursos da ordem de R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais), para o exercício de 2005, e 1.900.000,00 (um milhão e novecentos mil reais) para o exercício de 2006, oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, nas seguintes ações:

I - 10.302.1312.8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e de Transtornos decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas; e

II - 10.571.1312.8525 - Fomento a Estudos e Pesquisas sobre a Saúde de Grupos Populacionais Estratégicos e em Situações Especiais de Agravo.

Art. 9ª Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA