

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

TALITA MIRANDA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO
PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR NA VIDA DA FAMÍLIA
E DA MULHER CUIDADORA**

**DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO**

EM: 24/07/07


Rosana Maria Galo
Deplo de Serviço Social / CSE

Florianópolis (SC)

2007

TALITA MIRANDA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO
PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR NA VIDA DA FAMÍLIA
E DA MULHER CUIDADORA**

Trabalho de Conclusão de curso,
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de Santa
Catarina – UFSC, como requisito
parcial para a obtenção do título de
bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Profª. Drª. Tânia Regina
Krüger.

Florianópolis (SC)

2007

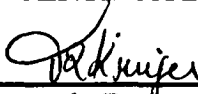
TALITA MIRANDA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO
PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR NA VIDA DA FAMÍLIA
E DA MULHER CUIDADORA**

Trabalho de Conclusão de curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel no curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE DA BANCA

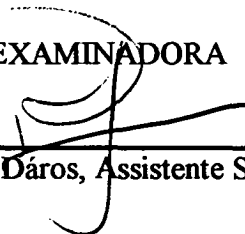


Dr^a. Tânia Regina Krüger, professora do Departamento de Serviço Social da UFSC

1º EXAMINADORA

Dr^a. Myriam Raquel Mitjavila, professora do Departamento de Serviço Social da UFSC

2º EXAMINADORA



Rita de Cássia Ouriques Dáros, Assistente Social do HCTP/SC

Florianópolis, 24 de julho de 2007.

Dedico este trabalho a memória de Claudionor Miranda, meu amado pai. Para que, em sua nova morada com Deus, ele sinta orgulho da filha que tanto o ama e sente muitas saudades.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao meu maravilhoso Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pela oportunidade de lutar pelos meus objetivos. Assim como, pela força nos momentos difíceis, pois Ele é meu consolo e minha fortaleza.

Ao meu amado pai, que com o suor do seu trabalho, possibilitou que eu chegasse até aqui. Assim como, pela educação e pela proteção que dispensava a mim.

A minha amada mãe, pela preocupação e apoio em todos os momentos. Assim como, por ter sido uma guerreira frente às turbulências quando ficamos sozinhas.

A minha querida amiga Rita, pelo carinho e apoio em todos os momentos. Assim, como por ter sido um exemplo de excelente profissional, no qual eu me espelhei.

A Assistente Social Sirene, pela oportunidade do estágio e pelas orientações e materiais que a mim dispensou. E, a toda a equipe do setor de Serviço Social.

A Professora Tânia Regina Krüger, pelas orientações e motivações. Assim como, pela paciência e dedicação no desenvolver deste trabalho.

Aos profissionais do HCTP, pelo acolhimento, carinho e amizade que dispensaram a mim. Assim, como pelo respeito e credibilidade.

Aos pacientes do HCTP, pelas pequenas lições de vida, que me fizeram crescer um pouco mais como ser humano.

Por fim, a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, torceram por mim e contribuíram para o meu crescimento, o meu muito obrigado!

Loucura?!...

Quem é louco?

Ele que houve vozes

Ou você que não ouve ninguém;

Ele que vê coisas

Ou você que só se vê;

Ele que diz o que pensa

Ou você que não pensa para falar;

Ele que diz ser rei

Ou você que se acha um e não diz;

Ele que não estabiliza o humor

Ou você que finge estável;

Ele que cria neologismos

Ou você que não sai das estereotípias;

Ele que tem fuga de idéias

Ou você que não abre mão das suas;

Ele que não dorme a noite

Ou você que dorme durante toda a vida;

Ele que tenta se matar

Ou você que se mata todo dia;

Enfim, quem é louco?

Ele que não se mascara

Ou você que não tira a máscara.

Quem é louco?

Tire a máscara antes de perguntar!

Autor desconhecido.

RESUMO

O objetivo do presente Trabalho de Conclusão de Curso foi pesquisar as implicações para a vida da mulher cuidadora do portador de transtorno mental infrator. Para a realização desta pesquisa foi estudada rapidamente a trajetória dos serviços de saúde mental no país, especialmente a Reforma Psiquiátrica, que a partir do início dos anos de 1990 vem colocando novas orientações para o atendimento de saúde mental dentro do SUS, com serviços extra-hospitalares de atendimento diário e de base comunitária, onde se procura promover a participação efetiva da família no tratamento do PTM. Esta pesquisa realizou-se com o principal cuidador do portador de transtorno mental infrator interno no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC. O principal cuidador, caracterizou-se nesta pesquisa, como o familiar que visita com mais frequência o portador de transtorno mental e deverá ser o responsável quando da liberação judicial após o cumprimento da medida de segurança. As entrevistadas são todas mulheres, mães ou irmãs dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC, fato este que não se configura numa novidade, visto que frequentemente são as mulheres que prestam os cuidados aos idosos, crianças e aos enfermos. Neste sentido, compreende-se que o fato de prestar cuidados a um portador de transtorno mental, apresenta várias implicações para a vida da mulher cuidadora, como por exemplo: aumento das despesas, abdicção da realização de atividades de lazer, estresse devido à exigência de cuidado em tempo parcial ou integral, medo, preocupação e vigilância constante, e entre outros. Em vista, a explorar essas limitações é que se propôs o presente Trabalho de conclusão de Curso.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, ressocialização, mulher cuidadora.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPQ – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

PNASHP/PSIQUIATRIA – Programa Nacional do sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

PTM – Portador de Transtorno Mental

SAME – Sistema de Arquivo Médico

SJC – Secretaria de Justiça e Cidadania

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELA

<u>Tabela 1 - Tipos de transtorno mental, quantidade de portadores e cidades de origem.....</u>	81
<u>Tabela 2 - Faixa etária e quantidade de PTM infratores, sujeitos da pesquisa.....</u>	82
<u>Tabela 3 - Quantidade de PTM em relação à situação trabalhista e previdenciária.....</u>	84
<u>Tabela 4 - Quantidades de atos infracionais cometidos pelos PTM internados no HCTP, sujeitos desta pesquisa:.....</u>	86
<u>Tabela 5 - A associação dos pacientes as cuidadoras.....</u>	87
<u>Tabela 6 - Relação dos nomes e idades dos pacientes, idade das cuidadoras e grau de parentesco com o PTM infrator.....</u>	88
<u>Tabela 7 - Nível de escolaridade das cuidadoras.....</u>	89
<u>Tabela 8 - Situação de ocupação das cuidadoras.....</u>	90
<u>Tabela 9 - Descrição da estrutura familiar da cuidadora.....</u>	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	14
1.1 Trajetória dos serviços de saúde mental.....	14
1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	21
1.3 A implementação da Reforma Psiquiátrica a base de Portarias	26
2 - A RESSOCIALIZAÇÃO DO INFRATOR COM TRANSTORNO MENTAL	32
2.1 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: história e o serviço de saúde mental.....	32
2.2 O HCTP e a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.....	39
2.3 As ações do Serviço Social como mediador da ressocialização.....	46
3 - A MULHER: FIGURA CENTRAL NA RESSOCIALIZAÇÃO E	
ACOLHIMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR...59	
3.1 O papel da família na ressocialização do infrator com transtorno mental.	59
3.2 A mulher e sua posição na sociedade.....	72
3.3 A mulher como cuidadora do portador de transtorno mental infrator	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS.....	116

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte integrante do currículo do curso de Serviço Social e pré-requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

A prática do cerceamento da liberdade dos portadores de transtorno mental infratores, não é recente. Primeiramente, visava apenas o trancafiamento do dito *louco arruaceiro* nas cadeias e Santas Casas de Misericórdia, depois com a inscrição da loucura enquanto objeto da medicina, o louco passa a ser considerado doente mental, merecedor, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.

Os primeiros hospitais psiquiátricos, que surgiram em fins do século XIX, se expandiram após a proclamação da República, onde foram delegados as classes médicas e administrados pelo Estado. Tratou-se assim do reconhecimento da competência da Psiquiatria e do psiquiatra sobre a chamada *loucura*.

Somente na década de 1920, que surgiu no Brasil, instituições específicas para os doentes mentais que cometessem crimes, os chamados manicômios judiciários. Estes manicômios integravam o sistema de repressão penal e serviam como instrumentos de controle social, locais apropriados e destinados à punição. Estas instituições de tratamento psiquiátrico para os infratores, como os conventos, abrigos de menores são caracterizados por Goffman como *instituições totais*. Sendo classificadas, como instituições com características asilares, onde os indivíduos vivem agrupados sob regras rígidas, havendo uma barreira à relação social com o mundo externo e proibições à saída.

A partir dos anos de 1980, o Brasil, sofrendo uma crise no modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, inspirasse nas experiências internacionais de desinstitucionalização, especialmente na experiência italiana, onde houve o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços substitutivos a internação. Dessa forma, inicia-se o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando uma redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação. Como base para se atingir esses objetivos, começa a implementação da rede de serviços extra-hospitalares.

Observa-se que em pleno século XXI, as práticas nos manicômios judiciários, atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não apresentaram mudanças significativas, devido a estas instituições continuarem sendo locais de reclusão e exclusão

de sua clientela da sociedade. Mas, apesar de ser uma discussão recente na Reforma Psiquiátrica, há algumas propostas aos HCTP, que se configuram na efetivação de Programas Permanentes de Reintegração Social e na ampliação dos serviços da rede de atenção em saúde mental de base comunitária, visando à reintegração social dos portadores de transtorno mental após o término da medida de segurança.

O contexto de reorientação dos serviços de saúde mental com tratamento extra-hospitalar e de base comunitária, coincide nos anos de 1990 e 2000, com a prática da política neoliberal de redução do papel do Estado em relação às políticas sociais. Neste sentido, percebe-se que a família é chamada a responsabilidade do provimento de cuidados ao portador de transtorno mental no pós-alta. O provimento de cuidados ao PTM pressiona o grupo familiar, alterando significativamente sua rotina. A mulher, normalmente mães e irmãs mais velhas, historicamente cuidadoras, acabam assumindo a prestação de cuidados ao PTM e aceitando o encargo como algo natural.

Através das observações realizadas no período de estágio de um ano e meio no HCTP se observava que, normalmente, a mulher que visita mais o PTM assume a responsabilidade pelo paciente quando da alta. Assim, instigou-se a curiosidade de saber, quais as implicações advindas pelo cuidado na vida dessa mulher. Em vista que, no contexto de Reforma Psiquiátrica, com a proposta de desinstitucionalização, há uma responsabilização ainda maior da família, mas que recai sobretudo na figura da mulher.

Em virtude desta realidade, definiu-se como objetivo geral deste Trabalho de Conclusão de Curso, reconhecer as implicações para a vida da mulher cuidadora do PTM infrator. Para tanto, fez-se necessário fracionar o objetivo maior em específicos, a saber: 1) situar a trajetória dos serviços de saúde mental no Brasil até o atual quadro de Reforma Psiquiátrica. Analisou-se que os estigmas antigos sobre a doença mental ainda encontram-se embutidos no imaginário social, o que dificulta a reinserção social do portador de transtorno mental; 2) pontuar as ações do Serviço Social no HCTP para promover a reinserção social do paciente; e, 3) situar a família no processo de ressocialização do PTM, especialmente, o papel da mulher como cuidadora.

Para entender o problema da pesquisa se fez uma revisão de bibliografias, estudos de leis e documentos da Reforma Psiquiátrica, assim como uma análise documental dos prontuários médicos, jurídicos, relatórios, estudos sociais, pareceres sociais, e outros documentos do HCTP e do setor de Serviço Social. Para conhecer as implicações do cuidado do PTM infrator na vida da mulher se realizou entrevistas gravadas com o consentimento das entrevistadas.

A amostra da pesquisa incluiu oito participantes escolhidas aleatoriamente, isso é, foram entrevistadas aquelas que costumavam visitar com frequência o PTM, já que as visitas são normalmente condicionadas a disponibilidade temporal e econômica das famílias. Após a realização da coleta de dados através das entrevistas, os dados obtidos foram submetidos a uma análise qualitativa individualizada, sendo agrupados e interpretados com base na proximidade da temática abordada, havendo sempre a fidedignidade aos relatos transcritos e analisados.

Em relação à exposição do trabalho, o mesmo se estrutura da seguinte forma. O primeiro capítulo: *Os serviços de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica*, tratou da trajetória dos serviços de saúde mental no Brasil até o contexto atual de Reforma Psiquiátrica. Tratou também, da implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira através das leis e portarias.

O segundo capítulo, *A ressocialização do infrator com transtorno mental*, traz primeiramente a caracterização da instituição alvo da pesquisa, no sentido de situar o leitor no campo de análise. Em seguida, coloca os desafios e possibilidades do HCTP frente à Reforma Psiquiátrica e as ações do Serviço Social como mediador da ressocialização do PTM.

O terceiro capítulo, *A mulher: figura central na ressocialização e acolhimento do portador de transtorno mental infrator*, traz o papel da família na ressocialização do infrator com transtorno mental, e o papel da mulher, historicamente construída como cuidadora das crianças, idosos e enfermos. Em seguida, segue os resultados da análise das implicações do cuidado ao PTM na vida da mulher, onde foram analisados de forma qualitativa os dados obtidos das oito cuidadoras.

Por fim, cabe colocar que, a relevância da temática foi no sentido de trazer ao meio acadêmico uma maior visibilidade da questão de gênero na saúde mental, ao qual se configura numa temática pouco discutida. Além, de propiciar questionamentos das práticas relevantes a questão da mulher cuidadora do PTM, aos profissionais e instituições da área da saúde, em vista de promover mudanças nas ações voltadas a esse público-alvo e pensar formas de suporte emocional, psicológico e econômico a essa mulher. Acredito também, que o presente trabalho será de suma importância para o HCTP, e especialmente ao setor de Serviço Social, no sentido de promover reflexões e mudanças na forma de olhar e prestar assistência à mulher cuidadora.

1 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

1.1. Trajetória dos serviços de saúde mental

Antecede a própria emergência da psiquiatria no Brasil, a institucionalização do hospício. Período marcado pela forte presença da Igreja, que administrava as Santas Casas de Misericórdia, as quais foram as primeiras instituições de saúde do país.

A criação do hospício está diretamente relacionada ao crescimento e ordenamento das cidades, advindos da urbanização, assim como a necessidade de sanear e recolher os desviantes que perambulavam pelas ruas, como os desempregados, mendigos e órfãos. Assim, a criação do hospício foi uma resposta aos problemas sociais causados por pessoas sem trabalho, que viviam na ociosidade, a perambular pelas ruas, por esse motivo vistos como uma ameaça à ordem pública. (OLIVEIRA, 2006).

A criação de instituições para controlar e eventualmente tratar o louco (como problema social) no Brasil foram semelhantes a da Europa do século XVI, sendo que no Brasil aconteceram nos primeiros anos do século XIX. Eram destinadas a cercar a liberdade, reprimir indivíduos ou grupo de indivíduos que não conseguiram se adaptar a uma nova ordem social, e assim se constituíram em ameaça a ordem. (RESENDE, 2001).

Segundo o mesmo autor, essas idéias importadas não condiziam com a realidade brasileira, devido ao fato de a Europa estar num momento de ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil, trazendo então a necessidade de um *novo* homem que respondesse as necessidades da industrialização, urbanização e suas conseqüências. Enquanto no Brasil, reinava o Período do Brasil Colônia, com uma economia baseada na atividade servil. Sendo que a onipresença do escravo tanto na atividade produtiva como na atividade doméstica, tanto na cidade como no campo, restringiu de tal maneira o espaço reservado ao homem livre que poucas ocupações dignas restaram ao homem livre. Surge então uma ideologia de repúdio ao trabalho entre os homens livres, mestiços, mulatos e mesmo entre os brancos, devido ao “conceito de trabalho em geral ser visto como atividade pejorativa e desabonadora e poucos [...] se disporão a se engajar em qualquer atividade laborativa sem se considerar, e ser considerado por isso mesmo, pessoas indignas.”. (RESENDE, 2001, p. 33).

No período colonial, os enfermos mentais vagavam pelas cidades, excluídos de qualquer assistência médica específica e expostos a três ordens de alternativas: eram colocados efetivamente em prisões, sob alegação de perturbarem a ordem pública; eram

assistidos em casa por seus familiares; ou, quando de famílias que dispunham de uma boa situação econômica, eram enviados a Europa para tratamento. (GONÇALVES, 1983).

Em referência aos loucos pobres, desde que *mansos e passivos*, lhes era permitido vagar pelas ruas das cidades, aldeias e campos, vivendo da caridade das pessoas. Caso apresentassem comportamento agressivo ou atitudes indecorosas, eram recolhidos às cadeias, podendo ou não receber maus tratos. Aparentemente, esta não era uma prática muito difundida, as reclusões eram por curtos períodos de tempo e não aconteciam em números expressivos. Sendo que: “as famílias mais abastadas, essas escondiam em casa seus doentes, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados”. (RESENDE, 2001, p. 31).

Os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia, considerados os primeiros hospícios e exercendo a função de hospedaria, representavam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos. Os loucos ficavam nos porões das Santas Casas de Misericórdia, sem assistência médica, expostos a maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. No entanto, devido à magnitude que o problema apresentava nas ruas, restaram as prisões, onde dividiam as celas com criminosos, condenados ou não, bêbados e arruaceiros. (AMARANTE, 1998).

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira, se deve a transferência da corte de Portugal em 1808, trazendo a rainha Dona Maria I, a louca, engaiolada. A assistência governamental aos doentes mentais começou com a proclamação da maioridade do Imperador Pedro II. O ato de emancipação foi marcado, entre outros fatos, pelo lançamento, em 1841, do Hospício Dom Pedro II. Sendo que, os protestos médicos, especialmente dos médicos higienistas, que começavam a pedir medidas de cuidados específicos e criticavam os métodos de tratamento prestados pelas Santas Casas de Misericórdia, impulsionaram na criação desse primeiro hospício, que seguiu a orientação e os propósitos da escola alienista francesa. O hospício tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo o império, ao abrir recebeu 144 pacientes, sendo que atingiu a lotação completa pouco mais de um ano depois. Assoberbados pela grande demanda viu-se a necessidade de mais verbas e hospitais, tendência esta constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes. A direção do hospital era subordinada a Santa Casa de Misericórdia, que segundo o autor não representava ruptura administrativa com o período anterior. (RESENDE, 2001).

Inicia-se nesse período, pela classe médica as primeiras medidas para *tratar à loucura*:

A medicalização efetuada no hospício passa a constituir o locus do saber dos que se consideravam como os iluminados da medicina. O experimento do controle do poder-saber dá-se, aí, pela medicação, choques e pesquisa de drogas, na medida em que estes representantes do conhecimento médico criticam a assistência prestada nas instituições religiosas em razão da ausência de qualificação mínima, técnica e científica, acompanhada da ausência de legislação especial para essa assistência. (GONÇALVES, 1983, p.29-30)

No Brasil, foi na passagem do período colonial para o republicano que aconteceu a inscrição da loucura enquanto objeto da medicina, momento em que os loucos passaram a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.

Com a proclamação da República, a administração do Hospício Dom Pedro II é entregue ao Estado, que lhe muda o nome para Hospício Nacional dos Alienados. A assistência médico-legal passa a pertencer à esfera do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A primeira legislação federal em relação à assistência psiquiátrica no Brasil, veio através do Decreto nº1.132 de 22 de dezembro de 1903. Essa lei reorganizou a *assistência a alienados*, estabelecendo que o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas, seria recolhido a um estabelecimento de alienados, subordinando-se a um parecer médico a sindicância dos seus cuidados. Trata-se do reconhecimento da competência da Psiquiatria e do psiquiatra sobre a chamada *loucura*. (GONÇALVES, 1983).

Somente na década de 1920, que surgiram no Brasil instituições para os doentes mentais que cometessem crimes, os chamados manicômios judiciários, caracterizados como *instituições totais*, segundo definição de Goffman (1974). Estes manicômios integravam o sistema de repressão penal e serviam como instrumentos de controle social, locais apropriados e destinados à punição. (BRASIL, 2005).

O início do século XX é um marco para a psiquiatria científica, em vistas a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que evocava a si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental. O autor faz uma crítica aos princípios humanitários, em nome dos quais os médicos reivindicaram para si o controle das instituições, colocando que a realidade de hospital psiquiátrico mantinha-se *inalterada* tanto em relação aos maus tratos como a forma de tratamento, pois o cuidado ao doente mental nesse período permaneceu essencialmente restrito ao interior dos asilos. (RESENDE, 2001).

Nesse momento, o saber médico e as agências estatais penetram na organização da família pela abordagem do louco, intitulado que agora o cuidado do PTM está a cargo do Estado e apontando para a necessidade de isolamento do mesmo. A separação do louco da família era uma das prerrogativas do tratamento terapêutico que acreditava que, por um lado, a família estaria em ameaça de alienação se permanecesse com o louco em casa, e por outro, entendia a família como causadora e estimuladora da loucura. A culpabilização da família pela loucura abre portas para os atendimentos terapêuticos, visto que o PTM é entendido como o porta-voz de doenças e/ou problemas que estão acontecendo na família.

Segundo Rosa (2003, p. 52):

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregados da cura, da custódia e da assistência.

Nesse contexto observa-se um crescimento incessante da população de internos, crescendo assim a demanda para a construção de novos hospitais e ampliação dos existentes. A legislação vigente na época, através do Decreto – Lei nº 8.550/1946 propiciou esse crescimento dos hospitais e autorizou os governos federais e estaduais a investirem em projetos e equipamentos para a viabilização. Consolida-se uma expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil, e em resposta aos interesses do capital a construção dos chamados hospícios-colônias. (OLIVEIRA, 2006)

Esse período é fortemente marcado pela política de construção de hospícios-colônias, não apenas como tratamento, mas como forma de resgatar no paciente o interesse pelo trabalho, respondendo assim aos interesses do Estado que diminuía os gastos, mas principalmente aos interesses do incipiente capitalismo brasileiro, que necessitava mais de mão-de-obra. O Estado adota então uma política de proliferação de hospícios-colônias, até meados dos anos de 1950, quando setores da psiquiatria adotam o discurso da medicina preventiva, contando com um novo instrumento, os psicofármacos, diminuindo assim a utilização de correntes de aço. (SANTOS, 1994). Ainda segundo Santos (1994, p. 42):

A partir daí, serão perceptíveis as contradições entre o discurso oficial – que é preventivo – e sua prática – que é ainda do trancafiamento. Tal prática passa a ser criticada por um número cada vez maior de pessoas da área, que buscam efetivar uma política de ampliação do saber psiquiátrico para todo o corpo social.

Conforme as bibliografias consultadas pode-se afirmar que mudanças significativas no modelo do hospital psiquiátrico clássico só serão verificadas no período do Pós-Segunda Guerra.

A assistência psiquiatria pública revelava ainda extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir do período da segunda grande guerra e em se adaptar às modificações por que passava a sociedade brasileira. (RESENDE, 2001, p. 55)

Segundo Vasconcelos (2002), a assistência psiquiátrica vem sofrendo mudanças nos países ocidentais desde a Segunda Guerra. Segundo as influências da Inglaterra e dos Estados Unidos, que repensaram e começaram a reestruturar as práticas assistenciais psiquiátricas, durante e após a Segunda Guerra. Visando principalmente a recuperação de indivíduos com perturbações mentais durante a guerra, para devolvê-los á frente de batalha o mais cedo possível, assim como no Pós-Guerra na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados a ela, visando recuperá-los para o trabalho, pois o momento era de escassez de força de trabalho. O período pós-guerra tornou-se um cenário propício para um projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, pois atualizou críticas e reformas da instituição asilar.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde - OMS - recomendou as nações membros e principalmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental devido ao alto custo da doença mental para o processo produtivo. A OMS também orientou uma nova definição de saúde, definido-a como bem-estar físico, mental e social, além de substituir o termo *doença mental* por *saúde mental*. (SANTOS, 1994).

No início dos anos 60, com o advento do remanejamento da assistência médica devido ao estabelecimento do direito a saúde e essa vinculada ao Estado, propiciou mudanças na teoria e na prática psiquiátrica.

Amarante (1998) segue a orientação proposta por Birman e Costa (1994)¹, que formularam a hipótese de que a psiquiatria clássica, em virtude das dificuldades encontradas no modelo hospitalocêntrico para curar a loucura, desenvolveu uma crise tanto teórica quanto prática, centrada na mudança de seu objeto de estudo, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Segundo esses dois autores é no contexto desta crise que surgem as novas experiências, as novas psiquiatrias, assim como um dos momentos de redirecionamento dos campos teórico-assistenciais da

¹ Trata-se do artigo "Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária", publicado originalmente em 1976, no *Relatório e Resumos do 2º Congresso de Psicopatologia Infanto-juvenil*.

psiquiatria, visando a superação do modelo clássico: 1) o primeiro momento é marcado por um processo de crítica a estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação . O cerne desse processo está na crença de que o manicômio é uma *instituição de cura*, contrapondo-se, entretanto, ao isolamento total. Estas críticas iniciaram com os movimentos das Comunidades Terapêuticas nos Estados Unidos e de Psicoterapia Institucional na França; 2) o segundo momento é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, tendo como objetivo prevenir e promover a saúde mental. Esse momento é representado pela extensão da Psiquiatria de Setor, surgida na França e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos.

Em ambos os momentos, a centralidade está na reforma do modelo psiquiátrico, na medida em que acreditam na psiquiatria como *locus* de tratamento e como um saber competente. Em outras vertentes, a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana (Psiquiatria Democrática Italiana), buscam uma ruptura com os movimentos anteriores, ruptura esta voltada a desconstrução do aparato psiquiátrico e a um olhar crítico em relação ao saber/prática psiquiátricos. (AMARANTE, 1998).

A antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, com uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, buscando romper no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, em vista de destituir, definitivamente, a visão unilateral do valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais, ansiando assim pela integração das outras áreas do conhecimento. Esse movimento se caracterizou por denunciar os espaços onde eram tratados os *doentes*, destacados como locais insalubres que traziam efeitos altamente negativos aos internos, além de contestar a carência de recursos materiais e humanos, isso é, as deficiências na área da assistência. Surgiu, então, um novo projeto de comunidade terapêutica e um *lugar*, no qual o saber psiquiátrico pode ser interrogado numa perspectiva diferente daquela médica. Onde pretendesse subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar, detectando preconceitos pela equipe em relação aos pacientes e procurando quebrar barreiras as resistências às mudanças (AMARANTE, 1998).

Em referência ao núcleo familiar do PTM, a antipsiquiatria entende a família como um grupo que quer livrar-se dos seus familiares loucos por meio da internação. A família burguesa é vista como principal causadora da doença, nessa abordagem eram vistos os doentes como vítimas e a família burguesa como a vilã, causadora da doença mental. (VASCONCELOS, 2002).

O modelo de comunidade terapêutica na Inglaterra é utilizado como estratégia inicial na Psiquiatria Italiana através de Franco Basaglia, com um trabalho de humanização no manicômio Gorizia. Com a experiência, Franco Basaglia revelou que a simples humanização do locus manicomial deixava intacto um dos elementos constitutivos do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, o que ainda promovia a redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva, não diluindo o nexo psiquiatria/controlar social/exclusão. A proposta de Basaglia era a luta contra o manicômio, concentrando para isso seus esforços no campo social, implantando em Trieste em 1971, este processo de desmontagem do aparato manicomial, retirando progressivamente os pacientes do hospital psiquiátrico para a comunidade terapêutica. Assim, iniciou-se o processo designado desinstitucionalização, isso é, a gradativa substituição do aparato manicomial pela rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental. (AMARANTE, 1998).

Na psiquiatria basagliana, a família volta a possuir o papel de cuidadora do PTM. Nas palavras de Rosa (2003, p.67): “a família é percebida positivamente em suas possibilidades, potencialidades e recursos, numa nova visão mais abrangente e totalizante”.

A desinstitucionalização torna-se a um só tempo, processo de desconstrução e invenção de novos saberes e práticas que dizem respeito ao sujeito doente. Uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre os sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade, gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais. (BASAGLIA, 1985).

Nesse sentido, foram construídos centros de saúde mental nas áreas das cidades, que passaram a ser o eixo de todo o sistema de saúde mental e coordenavam outras possibilidades e estruturas como, os grupos-residências para a moradia dos usuários, cooperativas de trabalho para atender a necessidade de postos de trabalho para os ex-internos e os Serviços de Diagnóstico e Cura para apoiar esses serviços. (AMARANTE, 1998).

Segundo Rotelli (1990) na Itália da década de 1980, os hospitais psiquiátricos foram praticamente abolidos e atualmente, não há registros de lugares de internação, nem clínicas privadas, nem enfermarias, nem pacientes crônicos. No lugar dessas estruturas hospitalares se desenvolveu uma grande variedade de serviços e espaços de intervenção, isso é, soluções substitutivas a internação.

A experiência italiana foi diferente e como visto bem sucedida. Diferente de muitos países avançados, que conforme Rotelli (1990) confundiram a política da reforma como uma forma de desospitalização, ou seja, uma política de altas hospitalares, sem pensar em estruturas extra-hospitalares para haver uma continuidade do tratamento, assim como alojamento para os egressos dos hospitais psiquiátricos. 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.

No contexto internacional da década de 70, a família sofre uma sobrecarga em decorrência de fatos relacionados à crise do Welfare State, e com ela a crise econômica e os desmonte das famílias, que nesse processo ainda sofrem com o aumento do número de desempregos. No Brasil, os impactos dessa crise internacional só foram sentidos na década de 1990 com a implementação do modelo neoliberal.

1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

As experiências internacionais inspiraram a Reforma Psiquiátrica Brasileira e são pontuadas como determinantes históricos da dinâmica dos processos contemporâneos de desinstitucionalização psiquiátrica, os quais Eduardo Mourão Vasconcelos em seu livro Saúde Mental e Serviço Social (2002), destaca como estimuladores ou que intervêm nas características dos processos de desinstitucionalização.

A Reforma psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Pode-se dizer que essa foi fundada ao final dos anos de 1980, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo político e social complexo composto de sujeitos, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em diversos territórios, nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal), nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário da opinião pública. Compreendida como um

conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005).

Em 1978, o Brasil, após um longo período de repressão aberta militar, assiste a reemergência dos movimentos sociais. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que iniciaram um processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes, que se soma às varias inquietações e denúncias sobre os maus tratos aos doentes mentais, propiciando assim os primeiros avanços da Reforma Psiquiátrica.

Amarante (1998) considera que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como estopim o episódio que ficou conhecido como a *Crise da DINSAM*², 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 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.

O autor acima, destaca que, assim nasceu o MTSM, com o objetivo de constituir-se num espaço de luta não institucional e plural, propondo debates e encaminhamentos de propostas de transformação da assistência psiquiátrica. O MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. Em decorrência de seu caráter múltiplo e plural, o MTSM busca influenciar na formulação das políticas de saúde do país, além de encaminhar propostas de transformações de unidades psiquiátricas públicas e denunciar o favorecimento ao setor privado. Denúncias estas devido aos

² A Crise do DINSAM, foi uma greve deflagrada a partir da denúncia de irregularidades das unidades, o que trouxe a público a trágica situação existente nas quatro unidades. A greve veio como forma de reivindicar melhores condições de trabalho e assistência aos pacientes. Mobilizando assim os profissionais da Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que se organizaram na denuncia da falta de recursos das unidades e na conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada a população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacional.

convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria nos hospitais psiquiátricos privados.

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.

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 à referência social atribuída anteriormente ao portador de transtorno mental.

A nova estratégia da Reforma Psiquiátrica elege como clientela-alvo o que se convencionou chamar *clientela de cuidado contínuo*. Ou seja, aqueles pacientes que anteriormente eram identificados pela psiquiatria clássica como categoria de psicose e neuroses graves, sujeitos à hospitalização, passariam para um novo espaço de atenção fora da instituição. (VASCONCELOS, 2002).

Para melhor explicar o movimento da reforma psiquiátrica no país, Vasconcelos (2002) divide os acontecimentos em cinco momentos, que vão da mobilização da sociedade civil até a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio. O primeiro período (1978-1982), é caracterizado pela mobilização da opinião pública e da imprensa, tendo como objetivo denunciar e mobilizar a sociedade civil quanto à necessidade de humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos como privados; denunciar a indústria da loucura nos hospitais conveniados pelo então INAMPS; e reivindicar a expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental. Esse período é marcado pelo fato do movimento ser totalmente externo ao aparelho estatal e pela primeira tentativa de mudança do sistema global de saúde no país. Nesse processo, o embrião dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental se alia a luta dos demais trabalhadores da saúde, aos movimentos populares em saúde, aos representantes do departamento de medicina preventiva de algumas universidades e ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, sujeitos estes que formaram o Movimento de Reforma Sanitária.

No segundo período (1980-1987), ocorreu uma expansão e formalização do Modelo Sanitarista com a gradativa implementação das Ações Integradas de Saúde - AIS, que

desaguaram na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Constituição de 1988. Em junho de 1987, realizou-se em Brasília, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo proposta a revisão e reformulação de toda a legislação de saúde mental, instituída em 1934. Propunha a implementação das reivindicações da Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental, assim como uma crítica ao modelo assistencial, enfatizando a necessidade de reverter o modelo hospitalocêntrico dando prioridade ao modelo extra-hospitalar e multiprofissional. O Relatório desta Conferência aborda também, dentre outras, a questão da legislação, recomendando a modificação de aspectos relativos à interdição, como a inimizabilidade e a periculosidade, de modo que estas situações não sejam utilizadas para cercear a liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas. (AMARANTE, 1998).

Para Amarante (1998), a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca a dissociação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental do Movimento de Reforma Sanitária, na medida em que é percebida a impossibilidade de reformular a assistência prestada ao doente mental, sem trabalhar no âmago da questão, sem destruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidado, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução da subjetividade, iniciasse assim uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Num terceiro período (1987-1992), houve um fechamento temporário do espaço político para os interesses democráticos-populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses. No entanto, consolidaram-se algumas conquistas como a Constituição de 1988 e a aprovação em 1990 da Lei Orgânica de Saúde. Com a Constituição Federal, é estabelecido o tripé da Seguridade Social (saúde, previdência social e assistência social), sendo que na saúde foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS (LEI n. 8.080 e 8.142/1990). O SUS foi um elemento decisivo e impulsionador da Reforma Psiquiátrica Brasileira no sentido de que institui a saúde como direitos de todos e dever do Estado, além de servir de suporte para a ampliação do debate e da luta pelos direitos instituídos na Constituição Federal, em prol de um atendimento de qualidade e humanizado aos portadores de transtorno mental.

Nesse momento buscou-se uma nova estratégia política em direção ao modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica, inspirada no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria da Itália, que colocava em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico. O MTSM inicia a Luta Antimanicomial, através da bandeira *por uma sociedade sem manicômios*, lutando pela implementação de

serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. (VASCONCELOS, 2002).

Partindo desta nova estratégia, surgem as primeiras iniciativas oficiais, como o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos manicômios. Em 1990, a Conferência de Caracas que criou entre outros aspectos um consenso internacional em torno da discussão da Reforma Psiquiátrica, trouxe discussões no Brasil, tanto nos níveis municipal, estadual e federal. Sendo que as discussões, desaguaram em conferências que culminaram na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, considerada um *marco na história da psiquiatria brasileira* e que abre um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil.

Em 1987, surgiu em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Brasil, como a primeira experiência municipal da rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. Servindo de exemplo, foi seguido em 1989 pela Secretaria Municipal de Santos (SP), que inicia esse processo de intervenção junto a um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, implantando os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS³, cooperativas e residências para os egressos dos hospitais e associações. Com o sucesso, obteve-se grande repercussão devido à demonstração da Reforma Psiquiátrica ser possível e exequível. (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, são implementados como um lugar de referência 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 de vida. Sendo que os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004).

Frente à conjuntura de Reforma, o Ministério da Saúde adotou medidas que visam a reversão do modelo hospitalocêntrico, por meio da edição das Portarias 189/91 e 224/92, as quais estabeleceram uma diversificação dos procedimentos remunerados pelo SUS, bem como as normas que regulamentam esses serviços, incluindo vários tipos de serviços de uma rede assistencial que passaram a receber financiamento e adotaram padrões mínimos

³ Os NAPS foram uniformizados nos CAPS.

de qualidade para o funcionamento de tais atividades. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

No quarto período (1992-1995), ocorreram as maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil, com o avanço e a consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica. As coordenações de saúde mental em nível do Ministério da Saúde lançam portarias estabelecendo a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental. É um processo rigoroso de controle e supervisão nos hospitais psiquiátricos.

Através dessas iniciativas, ocorre o que o autor denomina de *desospitalização saneadora*, ou seja, uma redução significativa do número de leitos em hospitais privados e principalmente públicos. Para Vasconcelos (2002) essa diminuição dos leitos não garante a qualidade dos serviços, pois esses continuam não garantindo uma estrutura física e uma assistência planejada, apesar da ampliação dos profissionais das diferentes categorias. Em paralelo a esse processo, foram abertos no país cerca de 200 serviços de atenção psicossocial, mostrando um processo de substituição gradativa do tipo de assistência psiquiátrica, que era baseado na internação, para serviços abertos. Neste período também ocorre um aumento no número de organizações e de familiares no movimento de luta antimanicomial.

No quinto período, o autor segue destacando que a partir de 1995 até os dias atuais há um limite a expansão da reforma no plano federal, tendo em vista as políticas neoliberais. No entanto, o aumento do desemprego, da miséria e da violência social acarreta um aumento na demanda e novos desafios colocados para os programas de saúde mental. Também nesse período observa-se a consolidação e difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial em alguns estados e municípios.

1.3 A implementação da Reforma Psiquiátrica a base de Portarias

Em 11 de fevereiro de 2000, foi lançada a Portaria GM nº 106, que dispõe a criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT. Essa Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar. Conforme as normas das portarias GM/MS 106/2000 e 1220/2000 a população dos Hospitais de Custódia e

Tratamento Psiquiátricos também estão incluídas como usuários dessa modalidade assistencial substituta da internação psiquiátrica prolongada. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do projeto original, que traz modificações importantes no texto normativo, a Lei Federal 10.216 aprovada no dia 06 de abril de 2001. Esta Lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi essa Conferência, que obteve ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

O internamento como princípio basilar foi invertido com a Lei nº 10.216. Esse passaria a ser feito somente quando os recursos extra-hospitalares não se mostrassem suficientes, tendo duração mínima e, ainda assim, sempre mantendo em vista o posterior retorno do paciente ao seu meio social. É perceptível a intenção de proteger o portador de transtorno mental contra as internações arbitrárias, possibilitando a este, sempre que possível à interferência em seu tratamento. As internações ficam divididas em 3 categorias: as voluntárias, nas quais existe o consentimento do paciente; as involuntárias, sem a anuência do paciente e por solicitação de terceiros; e as compulsórias, que são determinadas judicialmente. Essas duas últimas são controladas pelo Ministério Público, que deve ser notificado das mesmas em até 72 horas após sua ocorrência. Esse órgão deve exercer o controle por ser ele o responsável, em nosso ordenamento jurídico, pela defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis, tal como estabelecido no *caput* do Art. 127 da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 2001).

Em janeiro de 2002, foi aprovada a Portaria nº 251, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos e estruturando a porta de entrada para as internações. Entende-se que essas normas preconizadas deveriam também servir de parâmetro para o funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Outra Portaria aprovada em 2002, foi a GM de nº 336, esta acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Em 26 de dezembro de 2002, é aprovada a Portaria GM nº 2.391, que institui a notificação das internações compulsórias; definindo critérios e mecanismos para um acompanhamento sistemático pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei nº 10.216. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Visando promover a facilitar a reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, o Ministério da Saúde criou o *Programa De Volta para Casa*, que vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). Este Programa está regulamentado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, além das Portarias nº 2.077/GM, de 31 de outubro de 2003, que regulamenta a Lei nº 10.708, definindo os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos. Sendo que, os egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico também podem ser beneficiários do auxílio. (BRASIL, 2003).

Outro momento do processo de desinstitucionalização, foi à criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS (PRH) e do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Esse último instituído em 2002, por normalização do Ministério da Saúde, é essencialmente um instrumento de avaliação, baseado na coleta de dados qualitativos. O PNASH/Psiquiatria

avalia a estrutura física hospitalar, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e as normas gerais do SUS. Esse instrumento de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica permite o descredenciamento dos hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população atendida, tirando do sistema sem acarretar desassistência para a população, já que além de induzir e efetivar a política de redução de leitos psiquiátricos e melhorar a qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria, desencadeia a reorganização da rede de saúde mental e a expansão da rede extra-hospitalar. (BRASIL, 2005).

No estado de Santa Catarina, as transformações no campo da saúde mental têm como suporte legal e técnico o Sistema Único de Saúde. Como estratégias de ação inclui-se a participação social, a descentralização da gestão, a integralidade de assistência e a regionalização e hierarquização das ações. Neste sentido, a Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenação de Saúde Mental, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e a política específica do Ministério da Saúde, vem incentivando a implementação de um conjunto de medidas educativas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, visando garantir os direitos dos portadores de transtorno mental.

As dificuldades enfrentadas pelo Estado de Santa Catarina na perspectiva de uma política de atenção integral em saúde mental, implicam em solucionar vários problemas: a insuficiência de recursos materiais e financeiros; carência de recursos humanos especializados e a falta de vagas para algumas categorias por não constar no quadro de recursos humanos de algumas Secretarias Municipais de Saúde, além da baixa remuneração e contratos de trabalhos temporários; a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde; a falta de comunicação entre os serviços da rede de assistência e a falta de protocolos que orientem as equipes de saúde mental quanto aos procedimentos adequados; necessidade de conscientizar determinados gestores municipais de saúde a alocar recursos para a remuneração de profissionais especializados, evitando a transferência excessiva de pacientes para outras regiões. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Como pode se analisar, a atual lei psiquiátrica constitui um avanço, mas não basta por si mesma, fazendo-se necessária a fiscalização efetiva por parte do Ministério Público, das comissões de defesa dos Direitos Humanos e da sociedade como um todo, no que tange à regulação das internações involuntárias e da implantação de uma assistência coerente com os parâmetros atuais, em que se privilegia a desospitalização e a ressocialização.

Desta forma, pode-se iniciar uma tentativa de resgatar uma dívida histórica que a sociedade moderna contraiu em relação ao portador de transtorno mental.

A implementação da Reforma Psiquiátrica a base de Portarias, assemelha-se ao processo de implementação do SUS, que foi qualificado por Goulart (2001), em *esculpiendo o SUS: a golpes de portarias*. Busca-se uma normatização das práticas no sistema de saúde em todas as esferas governamentais, desta forma não se vê as particularidades e as condições técnicas dos Estado e seus Municípios. Este jeito burocrático de se *esculpir* o SUS e a Reforma Psiquiátrica através das Portarias, traz uma normatização rígida e complicada ao entendimento dos sujeitos envolvidos, demonstra um centralismo político exacerbado e trata a realidade dentro dos limites da norma. Neste sentido, o excesso de normatização, demonstra uma falta de flexibilidade para responder demandas específicas. Cabe pontuar, que apesar de incorporar novas práticas de forma pontual, as Portarias não deixam de ter um lado positivo, trazendo novos sujeitos ao cenário das discussões, como os conselhos de saúde, e o MTSM e as Associações de pacientes e familiares do PTM.

Sintetizando, as iniciativas e as políticas públicas construídas no país em decorrência da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica modificam novamente as formas e os personagens responsáveis pelo cuidado do PTM. A idéia de principal cuidador é remetida à família, sob novas formas de cuidar preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e em parceria com os novos serviços institucionais e de base comunitária de saúde mental. O ato de cuidar toma um outro foco, o cuidado em que o PTM não fica mais internado, mas em convívio com a família e a sociedade, o que não poderá ser realizado se as políticas públicas não forem capazes de oferecer suporte social, político e econômico às famílias.

Em relação ao cuidado e assistência familiar ao PTM, a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira em 2001, trouxe vários impactos e modificações na dinâmica das famílias. Entre elas podemos apresentar algumas, como a tensão em virtude da renda familiar, disponibilidade de tempo e de cuidados na família, além da necessidade de estarem próximos dos serviços substitutivos em saúde mental. Cabe pontuar que o cuidado na esfera doméstica, recai sobre o mundo da mulher, historicamente reconhecida como figura familiar responsável pelo cuidado e pressionada socialmente pelo ato de cuidar. Neste sentido, o significado de cuidar vem associado aos aspectos da maternagem, que coloca a mulher respaldada em atos de renúncia e sacrifício da individualidade em prol do grupo familiar. (ROSA, 2003).

Trataremos melhor sobre o papel da mulher como a principal cuidadora no capítulo três. A seguir, sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP/SC, que

abriga os Portadores de Transtorno Mental que cometeram ato infracional. Este será apresentado como um serviço de saúde mental que também está contemplado nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

2 - A RESSOCIALIZAÇÃO DO INFRATOR COM TRANSTORNO MENTAL

2.1 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: história e o serviço de saúde mental

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis/SC, foi criado no dia 7 de janeiro de 1971 sob a Lei Nº4559, durante o governo de Ivo Silveira, como exigência do Código Penal para o tratamento psiquiátrico dos indivíduos do sexo masculino portadores de distúrbios mentais associado a problemas com a Justiça. Foi chamado primeiramente de Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina. Em 1984, com a reforma do Código Penal Brasileiro passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP). Nessa época, o Hospital era subordinado a antiga Secretaria de Justiça e Cidadania (SJC).

Inicialmente contava apenas com um prédio e sua capacidade era de 45 leitos, em seguida foram adquiridos os materiais necessários ao seu funcionamento (roupas, utensílios para o trabalho, condução e móveis), como também a organização dos prontuários médicos e arquivos dos pacientes no pós-alta, pelo Sistema de Arquivo Médico – SAME.

A instituição começou a receber seus primeiros pacientes que até então cumpriam a medida de segurança no Hospital Colônia Santana⁴, já que não havia uma instituição específica para tratar dos infratores portadores de transtorno mental - somente em 07 de setembro de 1971, foram contratados 14 agentes de segurança. Os primeiros Laudos de Sanidade Mental começaram a ser expedidos em novembro de 1971 por ordem judicial. A demanda crescente implicou na estruturação da entidade, que passou a realizar também atendimentos a nível ambulatorial, intercorrências psiquiátricas, exames de sanidade mental, exames toxicológicos e exames criminológicos. Nessa época o Hospital encontrava-se em fase de estruturação, por consequência enfrentava dificuldades de toda ordem, que ia desde a falta de técnicos qualificados até a falta de medicamentos. (GOMES, 2001).

Do período de 1971 a 1977, houve poucas contratações, sendo que em 1978 houve uma ampliação considerável do quadro técnico. Foram contratados: 03 (três) médicos

⁴ O HCTP atende somente a população masculina, a feminina continua cumprindo Medida de Segurança no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ, antigo Hospital Colônia Santana. Os exames de sanidade mental, toxicológico e criminológico para a população feminina continuam sendo feitos no HCTP.

psiquiatras, 01 (um) psicólogo, 01 (um) assistente social, além de agentes prisionais. Com essas novas contratações, houve a abertura de espaço para estagiários dos cursos de medicina, psicologia, e Serviço Social. Representando assim, o quadro rotativo de prestação de serviços ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Passados 35 anos de sua inauguração houve uma ampliação da estrutura física do HCTP, ampliando o número de leitos de 45 para 93, além de outros reparos, como: pinturas, mudanças nas instalações elétricas, trocas de camas de ferro por camas de madeira e a abertura de novas salas para o atendimento dos internos. Em 2002, o prédio que comportava a Casa do Albergado do sistema prisional foi incorporado ao Hospital⁵. Nesse, passou a funcionar a administração do Hospital, integrando a sala da direção geral, a da gerência administrativa, a copa para os funcionários, a farmácia, o setor jurídico, a sala dos médicos e o almoxarifado. No antigo prédio permaneceram as seguintes salas: serviço de segurança, duas salas de serviço social, posto de enfermagem, sala de aula, sala de manutenção, sala de material de esportes, sala de material de limpeza, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma rouparia, trinta e oito leitos individuais, cinco enfermarias que acomodam alguns pacientes, quatro banheiros coletivos, um alojamento para os agentes de segurança, um refeitório para os pacientes, uma cozinha para os funcionários, dois banheiros individuais para visitantes e funcionários, um alojamento da equipe de enfermagem, dois porões para depósito uma sala onde são realizadas as oficinas de cestaria e tear e uma horta.

O Hospital tem três pátios – dois internos e um externo com quadra de esporte - cabendo a segurança a definição dos dias e horários para cada pátio. No pátio externo são realizadas as atividades esportivas: jogos de futebol, vôlei e caminhadas, orientadas por uma profissional de educação física, sendo que esse pátio conta com um sanitário coletivo em precárias condições de higiene. Um dos pátios internos, conta com uma área coberta, com mesas e bancos para jogos de mesa (baralho e dominó), onde alguns jogam enquanto outros ficam perambulando de um lado para o outro. O outro pátio interno conta com uma menor área física, onde fica um grupo menor de pacientes ao qual preferem ficar mais isolados ou em casos especiais por determinação da segurança. (CORDIOLI, 2004).

As demais instalações destinadas aos pacientes – sala de aula, consultórios médicos e odontológicos, enfermagem, sala de oficinas – em função do ambiente pequeno e com as instalações precárias dificultam o trabalho dos profissionais com os internos. Sendo que os

⁵ Contabilizando assim uma área física de dois prédios, sendo que este novo prédio encontra-se localizado ao lado do presídio masculino e é intitulado de anexo do HCTP.

equipamentos utilizados para a realização das atividades do HCTP, sem exceção, são antigos, desgastados e obsoletos. (CORDIOLI, 2004).

O HCTP está localizado na Rua Delminda Silveira, s/nº, anexo ao pátio da Penitenciária Estadual de Florianópolis no bairro da Agrônômica em Florianópolis - SC. É uma instituição pública, sob a responsabilidade do Estado, faz parte do Sistema Penitenciário do Estado e está ligado ao Departamento de Administração Penal – DEAP, órgão subordinado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão⁶. O âmbito de sua atuação é estadual, sendo a única instituição do gênero no Estado⁷. Conta com 93 leitos, sendo que em junho de 2007 abrigava uma população de cerca de 140 pacientes. Fato acentuado pela crescente demanda e a baixa rotatividade da população assistida, que devido as suas doenças, periculosidade, falta de apoio sócio-familiar e de uma estrutura de atendimento extra-hospitalar como os serviços residenciais terapêuticos, pensões protegidas, leitos psiquiátricos para internações breves de até 72 horas em hospitais gerais. Serviços previstos na Portaria Nº 224 de 29 de Janeiro de 1992. Após 15 anos de sancionamento desta Portaria, cremos ser por absoluta falta de vontade política que o portador de transtorno mental infrator continua por parte das autoridades competentes sofrendo segregação social, permanecendo na instituição em situação de asilamento.

Em referência a estrutura organizacional, o Regimento Interno elaborado pela direção do Hospital, apresenta uma hierarquia em escala piramidal (o fluxo do poder institucional tem apenas um sentido – do ápice para a base – poucos determinam e a maioria obedece), com relações em forma vertical, isso é, todas as gerências (Administrativas, Médicas entre outras) estão diretamente subordinadas ao órgão de direção superior, a Direção Geral do HCTP. Sendo que, o Serviço Social e outros setores, como a Farmácia e a Assessoria Jurídica, não possuem Gerência própria estando diretamente subordinados a Direção Geral. Em relação à equipe de trabalho, a instituição comporta uma gama de especialidades, caracterizando assim uma equipe multiprofissional, constituída pelas seguintes áreas do conhecimento: médica, psiquiátrica, odontológica, serviço social, direito, educação física, enfermagem, psicologia, apoio administrativo e segurança, além dos demais profissionais que atuam na alfabetização dos internos e nas oficinas terapêuticas, que possibilitam não só uma reconstrução da identidade dos internos,

⁶ A Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão foi criada através da Lei Complementar nº 243, de 30 de janeiro de 2003, que estabeleceu a nova estrutura administrativa do poder executivo, determinando a subordinação dos Órgãos que trabalham a questão a um único comando. Não havendo alterações até a data de término desde trabalho.

⁷ No Brasil, atuam 26 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Manicômios Judiciários.

como uma futura fonte de trabalho e geração de renda. Além de funcionar como uma terapia ocupacional, as oficinas propiciam aos internos noções de orçamento e renda, pois cada participante recebe da venda do produto confeccionado 60%, sendo que os 40% restantes são destinados a compra de materiais para a continuidade da oficina. Sabendo que, as oficinas funcionam como forma de capacitação profissional, estas também se inserem como um instrumento de reinserção social, pois essas atividades lucrativas proverão o sustento do sujeito após alta da instituição.

Como todos os hospitais brasileiros que atuam neste gênero, a instituição não se encontra credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo gerida por órgãos da justiça, não está submetida às normas gerais de funcionamento do SUS, assim como ao Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), ou ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH). Pelo fato de não estar credenciada ao SUS, as medidas para realizar as propostas advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira não se operacionalizam. A Reforma Psiquiátrica propõe além de uma avaliação e fiscalização dos serviços prestados para garantir as exigências mínimas de qualidade assistencial, uma redução progressiva e programada de leitos/vagas, visando reduzir o processo de institucionalização das pessoas com longa internação psiquiátrica. Para haver o credenciamento há necessidade de adaptação do Sistema Penal às exigências da lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa Lei define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtornos mentais, incluindo a adequação das condições físicas das instituições que prestam atendimento.

O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica, tendo como objetivo oferecer tratamento psiquiátrico à pessoa com transtorno mental internada e ao mesmo tempo custodiar os apenados que chegam a instituição por determinação judicial para cumprir medida de segurança em decorrência do delito praticado. Segundo o artigo 96 inciso 1 e artigo 97, primeira parte, do Código Penal, comprovado que o acusado é portador de transtorno mental este é considerado inimputável (irresponsável pelos atos praticados) perante a lei e o juiz competente aplicará medida de segurança que varia de 01 a 03 anos ou tempo indeterminado, sendo posto em liberdade após Laudo de Cessação de Periculosidade.

O doente mental sob custódia é aquele que no decorrer de sua história teve episódios criminais, sejam eles uma agressão, uso de drogas, estupro e até mesmo assassinato. Crimes estes, justificados em nome de sua doença como

irresponsáveis ou parcialmente responsáveis. Assim, mediante tal justificativa, não está sujeito às mesmas penalidades que os criminosos e é confinado para custódia e tratamento psiquiátrico. (VIEIRA, 1994, p.15)

Segundo Cordioli (2004) em pesquisa realizada na instituição em 2004, 70% dos internos cumpriam medida de segurança, 20% aguardavam laudo de sanidade mental e/ou sentença e 10% eram provenientes de outros estabelecimentos penais e encontravam-se internados para tratamento. Realidade inalterada após 3 (três) anos da pesquisa acima relacionada.

O HCTP pode ser classificado como uma *instituição fechada* (Goffman, 1974), onde vivem indivíduos agrupados sob regras rígidas – uma instituição total. Apresenta tendências de *fechamento*, ao qual são simbolizadas pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída. Sendo que, para o autor em questão, essas instituições transformaram-se em grandes depósitos humanos – locais de reclusão e exclusão da sua clientela, onde um pequeno grupo supervisiona (vigia e controla) um grande grupo (internados), havendo entre esses uma distância social frequentemente prescrita, com restrições à transmissão de informações, isso é, com uma comunicação limitada entre a equipe dirigente (Direção geral e as Gerências, a médica e a administrativa) e os internados.

Segundo Goffman (1974), uma das características mais marcantes de uma instituição total é a ruptura das barreiras das três esferas da vida – dormir, brincar (lazer) e trabalhar – que numa sociedade moderna acontece em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral.

O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante 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. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à 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- 18).

Goffman (1974, p. 18) ainda coloca que: “[...] tais aspectos são encontrados em outros locais, além das instituições totais.” e que “O controle de muitas necessidades

humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas [...] é o fato básico das instituições totais.”.

Além de ser considerada uma instituição total, essa tem dupla função: prisão e hospital, pois ao mesmo tempo em que tem como objetivo, punir, intimidar e recuperar (objetivo das instituições penais) visa tratar e igualmente recuperar (objetivo dos hospitais psiquiátricos). O que diferencia um hospital de custódia de outro qualquer da rede hospitalar, é que além de destinar-se ao tratamento psiquiátrico este lida com pacientes em regime de custódia. Outra característica marcante, é o fato de o indivíduo internado nesse tipo de instituição ser perpassado por dois estigmas: o do delito e o da doença mental, o que aparece como um dificultador na reinserção social.

Foucault (1987), no livro *Vigiar e Punir*, discorre sobre o poder disciplinar muito presente nesse tipo de instituição, onde a disciplina exerce um controle do espaço, do tempo e dos movimentos, técnicas perceptíveis no HCTP. Essas instituições modernas, segundo Foucault, controlam e transformam o indivíduo em um homem-máquina, isso é, manipulam o corpo visando um adestramento para a docilidade-utilidade. Ao mesmo tempo em que a uma técnica de poder sobre os corpos e almas, a um processo de saber que o legitima e o aprimora, no caso do HCTP o saber médico, que prescreve as medicações com o intuito de tratar e também *conter* o paciente.

Segundo Foucault (1978, p. 143): “A disciplina ‘fabrica’ indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício.”.

Segundo o autor, a disciplina também pode ser exercida com base na estrutura física das instituições modernas, o exemplo clássico é o modelo panóptico de Bentham, o panóptico era uma penitenciária construída na forma de anel; no centro, uma torre; vazada de largas janelas (com persianas, com o propósito de ocultar o vigia) que se abrem sobre a face interna do anel; essa construção periférica era dividida em celas, que possuíam duas janelas: uma para o centro do anel e outra que permitia a entrada da luz do sol. Dessa forma bastava um vigia na torre central para vigiar os prisioneiros nas celas, uma visibilidade que possibilitava um controle minudente das pessoas, especialmente na medida em que o prisioneiro sabia que estava sendo vigiado em seus mínimos gestos, ou pelo menos, podia ser vigiado a qualquer momento.

O que se vê na arquitetura do HCTP lembra o panóptico, os corredores com celas (cubículos), não existindo a torre central, mas postos, que são pontos estratégicos onde o agente prisional permanece, conseguindo visualizar todos que circulam, e, quando faz a

ronda nos corredores, vê cada um nos seus menores gestos. (DARÓS, 2004, p. 35). Neste caso, o agente prisional ao mesmo tempo em que vigia se vê vigiado pelos internos, havendo assim uma vigilância constante em ambas as partes.

Em referência ao objetivo e missão, o HCTP: “visa tratar e recuperar seus internos atuando na defesa intransigente dos direitos humanos assim como na preservação da dignidade dos mesmos, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Buscando também a reintegração gradativa ao convívio familiar e comunitário”. (HCTP, 2004, p. 2).

Analisando o HCTP, no período de estágio, percebeu-se que o objetivo e a missão do HCTP, não condizem com a realidade observada no dia-a-dia da instituição, fato este demonstrado pela estrutura física, que além de se encontrar em mal estado de conservação, não comporta a superlotação existente; pela falta de higiene, o que proporciona que os espaços destinados aos pacientes contenham ratos e baratas; assim como, pelo tratamento que o setor de segurança dispensa aos pacientes, com maus tratos e humilhações. Pontuando que, os outros setores, como, o de Serviço Social e o de Educação Física, visam proporcionar a humanização dos serviços dispensados ao PTM. Neste sentido, percebe-se que o HCTP, como unidade de tratamento, não proporciona uma qualidade de vida aos internos, nem a garantia de seus direitos humanos, seja pela falta de capacitação do setor de segurança, seja pela instituição não estar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com o Decreto nº 4.283 de 27 de Fevereiro de 1994, o H.C.T.P tem as seguintes finalidades:

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

Além da população internada, o HCTP presta atendimento ambulatorial aos pacientes provenientes do Sistema Carcerário que são submetidos a pareceres psiquiátricos ou para atendimento de intercorrências psiquiátricas. Presta também atendimento a uma população transitória, que fica na instituição para realizar laudo de sanidade mental, podendo permanecer por um período de até 45 dias ou mais.

2.2 O HCTP e a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica

Os manicômios judiciais, atualmente chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico⁸, constituem-se como sugere o termo genérico *Manicômio*, um lugar de tratamento da doença mental que se vale do princípio do isolamento do louco da sociedade. Historicamente, o ambiente do manicômio tem se caracterizado por ser um lugar onde os internados perdem as referências de vida, a *instituição total* de Goffman (1974). São excluídos do convívio familiar, do trabalho, do local onde moram, da cidade. Perdem portanto, a maior garantia que a sociedade moderna pretende dar a todos: a cidadania.

Frente a essa forma de prestação de serviços, a Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o portador de transtorno mental, o de cidadão como todos os outros. A Reforma não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial e de base comunitária. (BRASIL, 2005).

Neste novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços têm à sua disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Adquirem também o status de agentes do próprio tratamento, e conquistam o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários promovendo assim a inserção social de seus membros.

A Reforma Psiquiátrica trouxe várias propostas de serviços alternativos à estrutura asilar, mas no interior do Ministério da Saúde a discussão sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é recente. Sendo que, o fato de essas instituições serem geridas por órgãos da justiça e não pelo Ministério da Saúde, dificulta as medidas para a operacionalização da Reforma Psiquiátrica. Dificuldade advinda, pelo fato de esse tipo de instituição não ser credenciada ao SUS, e sendo assim não está submetida às normas gerais de funcionamento do SUS. Lembrando que, para haver o credenciamento, há necessidade de adaptação do Sistema Penal às exigências da já citada Lei nº 10.216/01, que dispõe

⁸ Vale destacar que os Manicômios Judiciais no ano de 1984 passam a denominarem-se Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, exigência do Código Penal após sua reforma. 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.

sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Como já citado, o HCTP tem a dupla função de ao mesmo tempo ser uma prisão e um hospital, sendo assim é uma unidade penal e uma unidade hospitalar. Mas devido a estar apenas sobre a responsabilidade do Ministério da Justiça, a instituição centra na punição deixando de lado a saúde mental do paciente, necessitando desta forma uma mudança no modelo posto, visando uma proposta que permita uma co-responsabilidade e o diálogo entre o Ministério da Justiça e o da Saúde.

O tema dos hospitais de custódia, especialmente em relação à inimputabilidade e a medida de segurança, muito lentamente vem ganhando visibilidade no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, já se recomendava a revisão da legislação no que diz respeito à atribuição da periculosidade e inimputabilidade aos portadores de transtornos psiquiátricos, bem como estabeleceu a necessidade de garantir programas de reinserção social aos egressos de manicômios judiciários. (CORDIOLI, 2004).

Em vista desta conjuntura, foi publicada em 2 de abril de 2002, a Portaria nº 628, formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que pela primeira vez, aprovando o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhece a população confinada em presídios e manicômios judiciários como sob responsabilidade também da área da saúde. Além de normatizar ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, prevê a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país. (BRASIL, 2002).

A inserção do SUS, no sistema Penitenciário de Florianópolis implementando esta Portaria, pode ser um fator fundamental para a mudança da qualidade de atendimento no HCTP, ou seja, se realmente implantada poderá representar um avanço na direção de um modelo terapêutico proposto pela Reforma Psiquiátrica.

A Portaria nº 628/02 inovou ao determinar ações e serviços conforme o SUS, ao reconhecer a população carcerária nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Nesse sentido, os Ministérios da Justiça e da Saúde uniram-se na discussão das propostas da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o que culminou na realização do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Estabelecendo-se assim a abertura de um diálogo fundamental e a manutenção das trocas entre saúde e justiça.

O Seminário foi realizado em Brasília em julho de 2002, e foi estruturado a partir das propostas aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001 e da publicação da Portaria nº 628/02. Tornou-se consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. (CORDIOLI, 2004).

Dentre das propostas aprovadas pela plenária no Seminário, destacam-se:

- Que sejam adotadas as *saídas terapêuticas* pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e que estas sejam baseadas em parecer de equipe técnica multiprofissional;
- Nos Estados, Municípios e Distrito Federal, onde existam manicômios judiciários, as condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a lei 10.216 de 06 de abril de 2001.
- Que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam reorientados, atendendo a um modelo de tratamento psiquiátrico adequado à reforma psiquiátrica (espaço adequado, projeto terapêutico, equipe multidisciplinar, oficinas, licenças para saídas, educação e formação profissional).⁹
- Criação de um programa de desospitalização para a população interna dos manicômios judiciários, com a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Que os técnicos de saúde mental sejam consultados pelos juízes a respeito da medida terapêutica cabível a cada caso;
- Maior utilização do Ministério Público na cobrança dos processos de cada paciente. (BRASIL, 2002).

Com diretrizes estabelecidas, tornou-se consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Trata-se, sem dúvida, de um passo importante para a consolidação da Reforma e para a garantia dos direitos dessas pessoas. Permanece, no entanto, o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência ao louco infrator.

O Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico produziu diretrizes o avanço na crítica e discussão da problemática da inimputabilidade, da medida de tratamento e da assistência ao *louco infrator*. As propostas

⁹ O HCTP de Florianópolis/SC conta com uma equipe profissional, oficinas, licenças para saídas, educação e formação profissional.

aprovadas em plenária marcaram o início de uma nova etapa nas relações entre justiça e saúde, e, os resultados do Seminário, são instrumentos importantes para orientação dos Estados e Municípios em relação às novas práticas.

Entre as idéias debatidas neste Seminário, o debate sobre a medida de segurança¹⁰ foi seguramente o mais arrebatador – talvez por revelar as razões de uma sensação, de que há algo essencialmente injusto na aplicação da medida de tratamento. Nessas discussões, as noções de que a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao *louco infrator*. Além de significar um passo importante na discussão do instituto da medida de segurança, equivocadamente tratado apenas como uma questão da justiça e não de saúde mental. (BRASIL, 2002).

Diante do colocado, novas exigências se fazem em relação à assistência psiquiátrica nos estabelecimentos denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sendo que, as estratégias para a ampliação do processo de reestruturação da assistência visam a efetivação dos Programas Permanentes de Reintegração Social, dos Serviços Residenciais Terapêuticos e uma ampliação dos outros serviços da rede de atenção em saúde mental que possibilitariam uma efetiva reinserção social dos egressos destes estabelecimentos.

Na realidade, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, poucos passos estão sendo dados em direção a Reforma Psiquiátrica, tanto que a Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, órgão ao qual o HCTP é subordinado, não prevê propostas para a reestruturação da assistência psiquiátrica na instituição, como orienta os termos da Reforma Psiquiátrica.

Em referência as limitações do HCTP, as instalações como visto, estão em condição física precária, contando com equipamentos antigos e obsoletos. Há também, como já citado, uma superlotação, ao qual a instituição não encontra condições de comportar em seu ambiente físico, assim como em relação à equipe multiprofissional que se encontra sobrecarregada de trabalho devido ao reduzido número de profissionais e a alta demanda posta.

¹⁰ Como já exposto no primeiro capítulo, o portador de transtorno mental é considerado irresponsável pelos seus atos, e devido a isto, quando o mesmo comete um delito, lhe é aplicado à medida de segurança, que consiste numa forma de custódia enquanto o mesmo não tiver cessada a sua periculosidade. A medida de segurança é colocada como inconstitucional devido ao fato de que esta deveria ser uma forma de tratamento, mas na realidade estrutura-se como uma forma de punição ao PTM, configurada na reclusão e exclusão.

Outra limitação, é o fato da instituição não ter um projeto de terapia ocupacional. O que falta no HCTP, para que se efetivem programas de terapêutica ocupacional são recursos, pois a instituição não possui verba própria, dependendo da dotação orçamentária da Secretaria Estadual de Segurança e Defesa do Cidadão. Não consta no quadro funcional tal profissional, ambas as situações, a financeira e a organizacional, concorrem para essa dificuldade. Contribuindo assim, para uma ociosidade forçada aos internos, lembrando que a ociosidade não contribui para o tratamento do PTM, age apenas negativamente possibilitando uma cronificação da doença mental. (DAROS, 2004c).

Em relação às portarias aprovadas, também não se registraram grandes avanços, tanto que a Portaria GM nº 106, aprovada no ano de 2000, que dispõe a criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, não foram efetivadas no município de Florianópolis e nem nos municípios vizinhos. Segundo os registros do setor de Serviço Social do HCTP em maio de 2007, dos quase 140 pacientes internados, 49 já cumpriram a medida de segurança, mas por contarem com vínculos familiares inexistentes ou precários estão à espera da implementação dos SRT (21 pacientes) e das chamadas pensões protegidas¹¹ (28 pacientes) para obterem alta da instituição. As conseqüências dessa espera acarretam a chamada situação asilar destes pacientes, sendo que muitos já cumpriram a medida de segurança e encontram-se com seu transtorno mental compensado¹², estando assim aptos ao convívio social. Outro fator negativo é a ansiedade frente à espera, o que pode acarretar nos pacientes uma possível regressão no quadro da doença, levando até mesmo a pensamentos de suicídio frente ao medo da possibilidade de permanecerem na instituição em situação de prisão perpetua, isolados do mundo externo e de suas ânsias pela liberdade.

Nesse aspecto, percebe-se que o hospital assume a responsabilidade de prestar assistência a essas pessoas na medida em que a família e o Estado tornam-se ausentes. Desse modo a instituição assume características asilares e o hospital perde seu caráter terapêutico para tornar-se asilo.

Em relação aos CAPS, atualmente o município de Florianópolis conta com quatro CAPS, no nível de complexidade CAPS I e II¹³. O primeiro localizado na policlínica

¹¹ As pensões protegidas são mecanismos que servem de residências aos PTM que se encontram com a doença cronicada e cristalizada, não apresentando condições de conviver socialmente. São indicadas no caso em que o PTM perdeu a capacidade de manejo social, devido a longas internações. Neste tipo de serviço o paciente é supervisionado em suas atividades, contando com uma equipe multiprofissional para orienta-lo.

¹² Quando a doença mental encontra-se estabilizada, sem sintomas significativos.

¹³ Os CAPS são classificados conforme o número de habitantes por município e seu nível de complexidade. Sendo que o CAPS I, de menor porte, são para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e

Esteves Junior, 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 o CAPSad, com a função de atender a população usuária de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, localizado no bairro do Estreito.

Cabe pontuar como relevante, o fato de que o paciente quando recebe sua liberação judicial, é encaminhado ao CAPS mais próximo a sua residência, onde realizará tratamento ambulatorial, isso é, continuará seu tratamento em regime ambulatorial contando com uma equipe multiprofissional e atividades diversas, como: atendimentos individuais, em grupo (terapias e oficinas), e a familiares e/ou grupo de familiares. Nos casos dos egressos de HCTP e de hospitais psiquiátricos em geral, o regime ambulatorial visa também evitar futuras reinternações. (BRASIL, 2004).

O CAPS também serve como instrumento de aproximação ao mundo externo da instituição para os pacientes do Programa Alta Progressiva, isso é, possibilita aos pacientes um contato com o mundo externo em vistas a reintegrá-los a comunidade, fortalecendo a auto-estima e quebrando os medos e receios do mundo fora da instituição, esses construídos durante a permanência na instituição. Lembrando que o paciente quando da expectativa da alta sofre com o medo do desconhecido, daquilo que está por vir quando fora dos muros da instituição que foi por um período de tempo seu *lar*. Nesse sentido, o CAPS pode possibilitar uma vivência de integração a sociedade e a criação de novos laços de comunicação com inúmeros sujeitos, ingredientes indispensáveis ao futuro convívio social.

Ainda em relação ao CAPS, cabe pontuar que o CAPS que serve de suporte ao HCTP é o Ponta do Coral, que fica situado próximo à instituição. A limitação encontrada em relação a esse serviço extra-hospitalar é no número de vagas, o HCTP conta apenas com 10 vagas para os Pacientes do Programa Alta Progressiva, não comportando assim a crescente demanda. Demanda oriunda principalmente pelo fato de que terminada a medida de segurança, muitos pacientes não contam com um suporte sócio-familiar que lhes possibilite o egresso, e a outros casos que mesmo terminada a medida o paciente mesmo contando com o apoio familiar não apresenta condições psíquicas para a alta.

o CAPS II, de médio porte, são para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Estes dois serviços atendem a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. O município de Florianópolis conta com o CAPS I e II, devido a grande demanda e pelo motivo do CAPS I destinar vagas aos pacientes em alta progressiva e aos pacientes nos pós-alta do HCTP.

Outro dispositivo que auxilia a reinserção social dos pacientes egressos de internações no HCTP é a já citada Lei nº 10.708, o Programa de Volta para Casa, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial. Situando que o paciente que esteve dois anos ou mais internado possui o direito deste auxílio, que consiste no pagamento mensal do valor de R\$ 240,00, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda apta a se inserir no mercado de trabalho. (BRASIL, 2003).

Percebe-se que o auxílio-reabilitação psicossocial, incentiva o núcleo familiar a reintegrar seu membro internado ao seu convívio, fato observado devido às famílias dos internos serem em sua maioria de classes menos favorecidas economicamente. Normalmente, o paciente crônico é aposentado ou recebe o BPC/LOAS¹⁴ e mais esse auxílio quando da alta, o que para a família representa uma certa garantia de que os gastos com o seu membro serão supridos, assim como auxiliarão na subsistência da família.

A Lei 10.216, estabelece como direito do portador ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. O HCTP por possuir instalações insuficientes, escassez de recursos financeiros e falta de espaço físico não tem como oferecer muitas oportunidades de atividades. Em relação às atividades laborativas, alguns pacientes participam da limpeza da instituição, outros na lavanderia e ainda outros que participam do Projeto Fitoterápico fabricando sabonetes, assim como atividades de capinagem e plantação, não representando uma grande parcela dos internos. A instituição conta também com a alfabetização e com um curso supletivo.

Na instituição há também duas oficinas terapêuticas, que propõe atividades onde os internos utilizem seus conhecimentos em produções artesanais, são estas as oficinas de Tear e a de Cestaria. Essas atividades direcionam o paciente rumo a uma perspectiva mais valorosa, tanto no que se refere ao valor de produção emocional, quanto ao que poderá resultar em valor financeiro. Sendo que, essa atividade poderá quando da alta resultar numa fonte de renda ao paciente como artesão. Como o nome já sugere, as oficinas aparecem como um dispositivo terapêutico, não só em relação à quebra da ociosidade forçada, mas também em relação à construção da motricidade e da coordenação motora, assim como do intelecto dos pacientes, no sentido de valorização de sua auto-estima.

Como visto, a discussão da Reforma Psiquiátrica nos HCTP é recente e anda a passos lentos, tanto que para haver a reestruturação da assistência psiquiátrica é necessária

¹⁴ Como cita o art. 20, da Lei Orgânica da Assistência Social, o Benefício de Prestação Continuada – BPC, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tela provida por sua família.

uma forte e ampla rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar, que dê o suporte necessário para a efetivação da meta dos Movimentos de Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento de Luta Antimanicomial, que é a gradual extinção dos Manicômios Judiciários.

Em relação à Reforma Psiquiátrica no HCTP, parece que no presente momento mudanças não ocorrerão. Para esse fim, há uma necessidade de novas perspectivas que requeiram o envolvimento tanto da Secretaria de Segurança Pública quanto da Secretaria de Saúde do Estado, com objetivos comuns em prol dos internos do HCTP. Nesse sentido, cabe a reflexão sobre a forma de inserção dessa instituição frente ao panorama da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a garantia da qualidade assistencial na busca pela reinserção social e pelo respeito dos direitos da cidadania dos portadores de transtorno mental.

Desta forma, fica claro que a Reforma Psiquiátrica deve ser a norteadora das práticas dessas instituições. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas, legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos, Conselhos de Saúde, com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental à responsabilidade, a reinserção social e uma assistência dentro das prerrogativas do SUS, tendo em vista o combate ao estigma em relação à doença mental, assim como a valorização do PTM como ser humano.

2.3 As ações do Serviço Social como mediador da ressocialização.

O Serviço Social foi implantado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no ano de 1978, com a contratação de uma assistente social. Nesse mesmo ano, houve contratação de outros profissionais visando um trabalho interdisciplinar, buscando um atendimento eficaz às pessoas com transtorno mental e sua reintegração na sociedade. Atualmente o Setor de Serviço Social conta com 3 (três) assistentes sociais e 2 (duas) estagiárias, que atuam como uma equipe no Programa de Atendimento ao Portador de Transtorno Mental Infrator.

A equipe de trabalho do HCTP caracteriza-se como multidisciplinar, onde se busca entender a doença mental como uma somatória de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Com vistas a essa percepção de um indivíduo biopsicossocial, o modo de atenção ao interno visa integrar cada um desses aspectos prejudicados no momento do adoecer e nos processos tradicionais de tratamento de saúde mental.

Nesse contexto multidisciplinar, a proposta de trabalho inclui reuniões com a equipe técnica da instituição¹⁵ visando uma abordagem com vistas à interdisciplinaridade - entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados - apesar de permeada de desafios. A interdisciplinaridade entra como ferramenta primordial, como forma de promover uma parceria com as outras áreas do conhecimento em prol de um processo de intervenção profissional crítico e criativo que favoreça a superação da alienação e da exclusão social do portador de transtorno mental. Pontuando que, a interdisciplinaridade deve vir na direção do pluralismo, pois esse leva ao exercício do debate, a abertura a opinião do outro, promovendo assim um movimento de construção, desenvolvimento e crescimento do conhecimento em torno do objeto de estudo (MELO e ALMEIDA, 2000). Posto que, a integração buscada não interfere diretamente na autonomia e na criatividade interna de cada disciplina integrante do campo e trás possibilidades de níveis diferenciados de consenso e pactuação, levando assim a uma formação de saberes coletivos.

Sendo assim:

A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está implicitamente reconhecendo de forma dialética a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, assim, não pode prescindir da especialização. Assim, por exemplo, as neurociências devem continuar a pesquisar e produzir seus novos exames e psicofármacos, as psicologias e a psicanálise as suas abordagens clínicas no mercado aberto da oferta de saberes e práticas terapêuticas. (VASCONCELOS, 1997, p. 144).

Entendendo que o portador de transtorno mental é objeto de diferentes saberes dentro da instituição, cabe salientar que a parte biológica é tratada através da avaliação médica e centrada na medicalização do paciente, enquanto o social é resgatado nos atendimentos individuais e na abordagem grupal, considerando a história do paciente, sua cultura e seu grupo familiar, tendo em vista que, a ruptura do cotidiano pode levar o sujeito a uma crise de identidade. No atendimento ao paciente, o Serviço social procura trabalhar a auto-estima, estimulando a autonomia e a cidadania desse, através da identificação de tendências e capacidades construtivas na busca do desenvolvimento do potencial de cada um.

Desde sua implantação no Hospital, o Serviço Social, tem como sua principal atuação a intervenção junto à família do paciente, no sentido de resgatar o vínculo familiar

¹⁵ Ver item sobre as outras atividades desenvolvidas pelo setor de Serviço Social, entre as atividades encontrasse as reuniões com a equipe técnica e uma breve descrição.

através da mediação da relação entre o paciente e a família e do incentivo a participação ativa da família no tratamento. Cabendo ao profissional de Serviço Social, oferecer o suporte sócio-emocional necessário para o enfrentamento das ansiedades e dos medos inerentes a família e ao paciente, assim como cabe a este esclarecer aos familiares e ao internado os aspectos básicos da doença a fim de trabalhar com esses a aceitação do diagnóstico psiquiátrico, preparando assim tanto o paciente quanto seus familiares para uma futura alta médica e liberação judicial.

A mediação como instrumento do Serviço Social na instituição HCTP, perpassa a relação entre a família e o paciente, sendo também utilizada como forma de negociação entre a equipe multidisciplinar, assim como com a rede de atenção extra-hospitalar¹⁶. Pontuando que a mediação, assim como o arsenal de instrumentos e técnicas utilizados pelo Assistente Social, não se configuram como um processo estanque, exigem um conhecimento crítico da realidade e das relações sociais que lhe são implícitas, para uma prática não repetitiva e que responda as demandas e suas particularidades. A mediação, como qualquer outro instrumento de intervenção profissional, difere conforme o contexto social no qual esta inserida, trazendo particularidades e diversidades que requerem um processo permanente de deciframento da realidade para uma a construção de uma prática competente, emancipadora e eficiente no alcance dos objetivos propostos. (SOUZA, 2004).

A família como núcleo primário de agregação social, tem papel importante e indispensável no tratamento do paciente enquanto interno e no pós-alta, sendo peça-chave mas não a única na ressocialização do portador de transtorno mental¹⁷. Necessitando essa ser *tratada*, assistida, enquanto demandante de um suporte emocional, social e assistencial, por parte do Serviço Social do HCTP, possibilitando assim uma reestruturação dessa família, que ao ver-se amparada pelo Estado e sentindo-se habilitada para o cuidado necessário, consentirá com o retorno do integrante e apoiará o seu tratamento extra-hospitalar, sendo também uma facilitadora de sua vida emocional e afetiva, bem como de sua cidadania.

¹⁶ A rede extra-hospitalar é entendida como os serviços em saúde que atendem a população internada no HCTP, assim como suas famílias. Atuam como suporte ao tratamento em vistas a ressocialização do Portador de Transtorno Mental, composta principalmente por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

¹⁷ A rede de atenção em saúde mental tem se ampliado em vista dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitando assim opções para os portadores de transtorno mental com vínculos precários ou inexistentes, como os serviços residenciais terapêuticos, pensões protegidas ou uma “família substituta” (sem vínculos consanguíneos, mas com interesse em assumir a responsabilidade no cuidado do portador de transtorno mental).

Cabe salientar que, neste estudo, utilizou-se o termo ressocialização no sentido de reinserção social. Reinserção social no sentido amplo da palavra, isso é, baseado no alcance da cidadania através da garantia dos direitos e no fortalecimento da auto-estima e da identidade individual e coletiva do PTM, em vista de transformá-lo num sujeito de direitos. Além de instrumentalizar, tanto o PTM como a família, para a participação efetiva na construção de um espaço social para o PTM, como para que os sujeitos consolidem os seus projetos pessoais e coletivos.

O trabalho com a família, também se baseia no fato de que para haver a liberação médica e judicial, um dos elementos básicos é a aceitação da família, isso é, o portador de transtorno mental deve contar com o apoio familiar. A família constitui o principal instrumento de socialização do indivíduo, visto que é nesse núcleo onde o sujeito desenvolve sua identidade e o sentido de pertencimento a um grupo específico. Nesse sentido o Assistente Social tem o papel de mediador entre o portador de transtorno mental e sua família. Nesse sentido, entra a necessidade de um profissional qualificado e atualizado para compreender as famílias como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo e por isso necessitando de diferentes formas de atuação. (MIOTO, 1977).

A primeira e a maior dificuldade enfrentada pelo profissional de Serviço Social nesse foco é a resistência familiar, cabe ao profissional de Serviço Social, promover estratégias de aproximação da família ao paciente, sendo que para isso, o Assistente Social deve primeiramente trabalhar no bojo da família, a socialização de informações sobre a doença mental, visando dissolver preconceitos e estereótipos, o que promoverá a aceitação da doença e conseqüentemente do PTM. Num segundo momento, deverá traçar a mediação e reconstrução dos vínculos entre a família e o PTM, visando promover a aproximação entre os sujeitos. Essa aproximação se apresenta no HCTP, através de instrumentos como cartas, telefonemas e visitas domiciliares com o acompanhamento do paciente.

Nesse sentido, o atendimento aos familiares compreende como principais objetivos: promover a aceitação da doença através da socialização de informações pertinentes ao caso; acompanhamento dos familiares do paciente internado; visitas domiciliares; avaliação da situação sócio-familiar para Laudo de Sanidade Mental e Laudo de Cessaçao de Periculosidade; contato com o núcleo familiar para a manutenção e/ou reconstrução dos vínculos entre familiares e o paciente.

Segundo PACHECO (1999, p. 21):

Esse trabalho de conscientização requer a aplicação de técnicas que levem os membros do grupo familiar a perceberem com mais clareza e, até mesmo, a vivenciar o que significa para um doente mental viver segregado, longe da família, dentro de uma instituição onde lhe é negado o direito a individualidade, a dignidade, são-lhe impostos processos de perda e mortificação e lhe são causados danos, muitas vezes, irreparáveis. Só compreendendo o que é ser um doente mental em uma sociedade preconceituosa e discriminadora é que se pode aceitá-lo.

Lembrando que, o processo de trabalho junto à família é lento e trabalhoso, devido às dificuldades encontradas pela família, que se vê sem condições de arcar com as dificuldades de lidar e cuidar de um membro com uma doença mental. Os principais fatores vão desde a ordem econômica, pois o núcleo familiar teme ter de volta um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais, até a fatores de ordem emocional, como o delírio, que na sua maioria é contra a própria família. O trabalho profissional apesar de mostrar-se lento, quando surte os efeitos desejados, viabiliza a retomada do sentimento de acolhimento da família pelo interno, amplifica as expectativas e as possibilidades da ressocialização. Com o apoio da família - principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade - as próximas etapas são facilitadas, pois como já citado, a resistência familiar é a principal dificuldade enfrentada pelos profissionais do Serviço Social.

O portador de transtorno mental infrator, de modo geral, pretende voltar para a sua família, mas poderá se deparar com a resistência familiar, devida principalmente à situação econômica desfavorável da família e a visão de periculosidade que a família atribui ao mesmo.

Entende-se que a ressocialização, consiste em um trabalho gradativo de reinserção social do portador de transtorno mental, visando seu retorno ao meio social. Além de acabar com o mito imposto pela sociedade que o portador de transtorno mental não possui habilidades sociais (como a capacidade de interação social) e habilidades manuais, intelectuais e profissionais. O senso comum que permeia os ideários da sociedade, promove uma ideologia preconceituosa, no sentido de julgar o PTM como incapaz de conviver na sociedade que os ditos sensatos julgam normal, sendo esse o motivo que leva as famílias a internarem os ditos *loucos* nos manicômios. Essas famílias vítimas da desinformação e das pressões do discurso ideológico da normalidade, buscam a internação por internalizarem assim como o senso coletivo, que o anormal deve ser excluído do convívio social por ser diferente dos padrões postos pela sociedade que se intitula moderna.

Cabe citar que os instrumentais e técnicas utilizados em vistas da ressocialização do PTM pelas Assistentes Sociais, são contemplados nas propostas de atendimento aos internos, que além do atendimento familiar são viabilizadas também pelo atendimento individual e o grupal.

Sendo que, o eixo de atuação do Serviço Social na instituição em questão, situa-se nos processos sócio-assistenciais, no qual a intervenção está orientada para a ação direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, acontecem privilegiadamente no contexto institucional. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram esse eixo quatro categorias de ações: ações sócio-educativas; ações sócio-emergenciais; sócio-terapêuticas; e periciais (LIMA, 2004). Essas ações se justificam pela população atendida que traz como demanda carências múltiplas, como abandono familiar, precariedade de saúde mental, baixa auto-estima e afetividade.

As ações do Serviço Social no HCTP, vêm no sentido de responder as demandas dos usuários e efetivar os direitos sociais que incidem sobre um determinado objeto, tendo objetivos específicos e, se realizando através de diferentes abordagens e diferentes instrumentos técnico-operativos. (HCTP, 2006).

Sendo que, os objetivos do atendimento familiar são contemplados nas ações sócio-educativas, as ações sócio-emergenciais e as ações sócio-terapêuticas, todas no sentido de promover a ressocialização do PTM. (HCTP, 2006). Conforme o plano de trabalho do Serviço Social de 2006, o atendimento compreende:

Ações sócio-educativas vinculadas ao: esclarecimento quanto às normas e rotinas da instituição, esclarecimento das questões previdenciárias, acolhimento do paciente recém-internado e seus familiares. As ações sócio-educativas devem vir como forma de oportunizar ao usuário uma compreensão de seus direitos na sociedade, fazendo-o se perceber como um sujeito de direitos que deve reivindicar um atendimento de qualidade e ver-se como co-responsável na solução de seus problemas. Cabe salientar o quão importante se mostra essas ações, no sentido de que possibilitam um momento de reflexão entre profissionais e usuários, assim através da socialização de informações e do diálogo, buscam por alternativas e resolutividade para a demanda do usuário.

Ações sócio-emergenciais vinculadas ao: levantamento da história familiar e localização das mesmas, encaminhamentos aos recursos da comunidade, encaminhamento de pedidos de licença, encaminhamento a médico clínico e odontológico, articulação de recursos institucionais e comunitários, providências em situação de alta, passagens de

ônibus, Plantão Social e dentre outras. As ações sócio-emergenciais são desenvolvidas no sentido de atender as demandas que se revestem por um caráter de emergências que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos pacientes e das famílias.

Ações sócio-terapêuticas vinculadas a: mediação de conflitos entre o paciente e a família, contato com familiares através de telefonemas ou cartas, resgate de vínculos familiares, resgate da auto-estima e aceitação da situação de internado para tratamento. As ações sócio-terapêuticas são aquelas desenvolvidas diante de situações de conflito e sofrimento individual e/ou grupal. Estão voltadas para situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que esses membros estabelecem entre si, ou com a sociedade (atos infracionais, por exemplo).

Ações periciais compreendidas no HCTP como, emissão de laudo técnico para a instrução de processo de Curatela, laudo de Sanidade Mental e Laudo de Cessação de Periculosidade, solicitação de benefícios, aposentadorias, BPC/LOAS e entre outras, Estudo Social quando da entrada do paciente, objetivando conhecer e analisar sua realidade sócio-econômica e cultural, de personalidade (atitudes/pensamentos) e de conduta (comportamento) para uma posterior intervenção e elaboração de Parecer Social quando solicitado. As ações periciais são definidas como ações que têm por objetivo elaborar parecer social, que, por sua vez, subsidiará a decisão de outrem (Juízes, por exemplo).

O atendimento em grupo ou abordagem grupal:

O plano de intervenção na abordagem grupal, tem como base da metodologia as técnicas de um psicanalista suíço: Pichon-Riviére (1907-77), que elaborou a teoria dos *grupos operativos*. As profissionais de Serviço Social da instituição seguem a concepção de Pichon-Riviére, que define grupos operativos, como:

[...] o conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa, que constitui sua finalidade. (RIVIÉRE, 1998, p.31)

Para Pichon-Riviére (1998), o que caracteriza os grupos operativos é a relação que seus integrantes mantêm com a tarefa e esta tarefa poderá ser a obtenção da *cura*, se for um grupo terapêutico, ou a aquisição de conhecimentos, se for um grupo de aprendizagem. Contudo seguindo sua formulação, em essência não há diferenças entre os propósitos terapêuticos e os de aprendizagem, sendo, portanto indissociáveis.

O grupo tem como função levar os participantes a aprender a pensar na medida que conduz a uma crítica e uma autocrítica. Além disso, a proposta é incentivá-los a verbalizar sentimentos e opiniões em relação aos temas propostos, fazendo com que tragam novas manifestações, e estimula-los para a reflexão e motivação para a mudança. Nesse tipo de abordagem, os pacientes têm a oportunidade de trabalhar temas variados, escolhidos por eles, além de expressar suas opiniões, suas idéias. (PICHON-RIVIÉRE, 1998).

No sentido da ressocialização, a abordagem grupal vem como uma estratégia de estimular os pacientes ao convívio com sujeitos diferentes, tanto no sentido cultural, econômico e social, desenvolvendo nestes a quebra dos preconceitos e assim a aceitação do diferente, pois a vida em sociedade consiste em conviver com sujeitos e grupos de sujeitos que diferem em comportamentos e em ideologias.

De acordo com essa perspectiva, pontua-se os diferentes tipos de abordagem grupal que o Setor de Serviço Social desenvolve:

Grupos Operativos. Ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas entendidas, como: estímulo à convivência em grupo; incentivo à cooperação e tolerância; orientação quanto à alta hospitalar; mediar conflitos internos e externos ao grupo; oferecer ao paciente a oportunidade de sentir-se membro de um grupo; criar e fortalecer laços de companheirismo; discussão de temas diversos visando uma ampliação da visão de mundo, assim como incentivá-los a reflexão para a construção de uma consciência crítica. Essas reuniões ocorrem semanalmente com aproximadamente 1 (uma) hora de duração, e se realizam no refeitório dos pacientes. Sendo que, as técnicas de dinâmica podem variar de uma discussão verbal do tema proposto a atividades de recorte, colagem, desenho e pintura que são criadas de acordo com a disponibilidade do espaço físico e dos materiais didáticos disponíveis.

Grupo de Leitura. Ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas visualizadas pela: troca de revistas e livros; incentivo à leitura; ampliação dos conhecimentos gerais. Este grupo tem como característica não contar com integrantes fixos, uma vez que a troca é destinada a todos os internos que tiverem interesse pela leitura. Esta atividade vem sendo realizada todas as sextas-feiras, sem um horário definido e na segunda sala de Serviço Social, pois a instituição não disponibiliza um local próprio para a atividade. Segundo o Plano de Trabalho do Serviço Social, para o bom aproveitamento da atividade seria necessário a criação de um espaço específico para a leitura, onde os pacientes possam permanecer por um determinado período e com isso trocar idéias e opiniões com os demais colegas, estabelecendo-se assim, um grupo propriamente dito.

Grupo de Alta Progressiva. Ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas que ocorrem através de: orientação sobre o processo de Alta Progressiva; discussão de temas relacionados a ressocialização (residência terapêutica, trabalho, continuidade do tratamento, participação em grupos e entre outras.); encaminhamento para tratamento no CAPS/Ponta do Coral em Florianópolis; acompanhamento da evolução do tratamento no CAPS (reuniões com a equipe técnica do CAPS).

O Programa de Alta Progressiva consiste na concessão de *regalias* para os internos que já cumpriram o tempo de medida de segurança determinado e não contam com suporte sócio-familiar ou que contam com o suporte, mas não estão prontos para retornarem ao convívio em sociedade. Visa promover a reintegração social para os pacientes em condições de saúde favoráveis e autorizados pelo Juiz para saídas programadas, isso é, em alta progressiva. Os pacientes que estão na condição de alta progressiva têm a oportunidade de freqüentar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (oferece cuidados clínicos e reabilitação psicossocial), e sair para passeios realizados pela profissional de educação física. (SCALZAVARA, 2004).

O programa também serve como forma de prepará-los para o futuro reingresso ao convívio familiar e comunitário, na medida em que propicia um progressivo contato com a realidade, ensinando-os a lidar com a liberdade e com a responsabilidade que advém dessa.

Pontuando que os pacientes que não contam com suporte familiar, têm a possibilidade de alta da instituição para residir em uma pensão protegida ou uma residência terapêutica, sendo que esta última, segundo o plano estadual de saúde mental deve: possuir uma estrutura física situada fora dos limites das unidades hospitalares gerais ou especializadas; com espaço físico que contemple no máximo 8 moradores, acomodados na proporção de até 03 por dormitório; contando com uma sala de estar, copa, cozinha e todo o mobiliário adequado para o conforto e comodidade dos usuários; garantir no mínimo três refeições diárias e uma pessoa para orientar os moradores, o chamado cuidador. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2004).

Grupo de Higiene. Ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas, propondo: desenvolver o espírito de solidariedade e estimular o cuidado com a higiene corporal e institucional. O Grupo de Higiene foi criado em abril de 2005, com a finalidade de treinar os pacientes que se encontram com a doença compensada, para cuidar daqueles que estão com a doença reagudizada. A tarefa é manter o asseio corporal dos pacientes que

apresentam dificuldades de locomoção e/ou alimentação e na manutenção da limpeza da instituição ¹⁸.

Relembrando Pichon-Riviére, a tarefa é um dos principais organizadores da estrutura grupal. Sendo está explícita ou implícita, pois sem a tarefa não existe grupo. O desenvolvimento da tarefa no Grupo de Higiene permite o estabelecimento de vínculos, e assim o desenvolvimento de interações. Dessa forma, cada integrante vai criando uma representação dos demais elementos e sua mútua representação interna, possibilitando assim a cada integrante se dar conta e explorar suas fantasias básicas, pois nesse movimento cria-se condições de mobilizar, romper e superar estruturas estereotipadas.

O Serviço Social também promove o resgate a cidadania¹⁹. O resgate a cidadania envolve ações sócio-emergenciais e periciais que compreendem: providências de encaminhamento e solicitação de documentos do paciente (certidão de nascimento, RG e CPF); atualização da documentação pessoal dos internos; solicitação de benefícios da Previdência Social (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, BPC/LOAS, Programa de Volta para Casa); curatela de pacientes.

Segundo o Plano de Trabalho do Serviço Social no HCTP (2006), no sentido de favorecer o exercício da cidadania, o Serviço Social busca apoio nos vínculos extra-hospitalares do paciente, onde procura criar mecanismos, rotinas e ações institucionais que permitam o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos pela lei (documentos, BPC, aposentadorias). As providências referentes à documentação (Certidão de Nascimento, RG, CPF) são tomadas rotineiramente. Considera-se, essa atividade extremamente importante, principalmente, a emissão da Carteira de Identidade, documento fundamental para o exercício da cidadania. Assim, como também, o Cadastro de Pessoas Físicas – CPF, necessário para abrir poupança bancária, para aqueles que recebem aposentadorias, benefícios, e para a realização de exames de alta complexidade através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Outras atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, como:

- **Assembléia geral com os pacientes:** são semanais, nesta atividade são marcados os nomes dos pacientes que solicitam atendimento para as mais diversas especialidades, como: médico clínico, médico psiquiatra, dentista e serviço social. Além das

¹⁸ Artigo escrito e não publicado pela Assistente Social Rita de Cássia Ouriques Darós do HCTP em 2006.

¹⁹ O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso do mesmo aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.

reivindicações quanto às instalações físicas da instituição, higiene e limpeza, entretenimento e manutenção.

- **Organização e realização de festas tradicionais nas datas comemorativas:** visando dessa forma valorizar os traços culturais dos pacientes, assim como proporcionar uma confraternização dos internos entre si e também com sua família, que sempre são incentivadas a participar.

- **Cadastramento de recursos da comunidade:** como forma de possibilitar um suporte externo na viabilização das demandas do HCTP, isso é, um trabalho articulado com as redes de serviços oferecidos pelo município.

- **Participação nas reuniões do Serviço Social:** estas reuniões têm como objetivo a explanação de acontecimentos da última semana, repasses de informes, troca de experiências e informações sobre os pacientes.

- **Participação nas reuniões técnicas:** estas ocorrem semanalmente com o objetivo de avaliar, discutir e planejar as ações profissionais, desta participam a equipe multidisciplinar, a administração e a direção do hospital. Nas reuniões multidisciplinares são analisados os casos dos pacientes assim como os assuntos tratados nas assembléias dos pacientes e também é nesta que são repassados os encaminhamentos das solicitações para a direção geral, através de comunicações internas e de listagem de pacientes que solicitam atendimento dos diversos profissionais da equipe.

- **Mediação de recursos para realização de oficinas profissionalizantes para os pacientes:** buscando parcerias, já que a instituição enfrenta dificuldades em termo de recursos financeiros.

- **Registro e estatísticas dos atendimentos realizados:** possibilitando a sistematização dos dados necessários ao planejamento e avaliação das ações realizadas.

- **Participação em seminários, congressos para capacitação técnica:** visando um aprimoramento profissional, assim como reciclagem do profissional na perspectiva de qualidade dos serviços prestados.

Todas estas atividades são compreendidas dentro das ações que formam o eixo dos Processos sócio-assistenciais e também aparecem como ações de planejamento de competência do Serviço Social do HCTP.

O aspecto do HCTP como prisão, nos conduz a uma reflexão da atuação do Serviço Social num plano de tratamento penal, atuando frente à vulnerabilidade social dos apenados. Acredita-se, que esse profissional seja capaz de intervir no processo de fortalecimento da identidade social do apenado e na mediação das correlações de forças

que influenciam em sua vulnerabilidade junto ao sistema penal. Cabendo também ao Assistente Social, promover o processo de inclusão social dos apenados, bem como a desmistificação da identidade socialmente construída. (GUINDANI, 2001).

Cabe ainda citar, que o trabalho do Serviço Social dentro da instituição justifica-se pelo intuito de devolver aos internos a viabilização do alcance da cidadania através da garantia de seus direitos, modificando a situação de exclusão e abandono, expressão da questão social que, por excelência, é o espaço excepcional para a intervenção do Assistente Social. (DARÓS, 2004).

Nesse sentido, o trabalho do Assistente Social é de suma importância no HCTP, no sentido de promover a ressocialização da população internada, intervindo não só no sujeito acometido da doença mental, mais em toda as estruturas que envolvem esse, como a família, o sistema de saúde e a comunidade.

Mas configuram-se também dificuldades no HCTP, que influenciam diretamente no trabalho do Assistente Social, como: a falta de recursos para promover mais oficinas terapêuticas, pois estas favorecem o processo de reinserção social, via mundo do trabalho; o número reduzido de profissionais frente à demanda, o que de certa forma dificulta a atenção individual as diferentes demandas dos pacientes; a estrutura física não condizente com as propostas de humanização previstas pela Reforma Psiquiátrica, pois o ambiente físico traz características de punição e exclusão. Mas, a principal dificuldade no HCTP para o Serviço Social, é o espaço sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais, embora se reconheçam dentro das propostas do projeto ético-político profissional, com suas bases teórico-metodológicas, instrumentos técnico-operativos e todo o 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 não tem poder de decisão. Em contrapartida a todos os obstáculos, estes profissionais não se vêm totalmente tolhidos de criarem estratégias para efetivar suas práticas, ou seja, o fato destes profissionais não terem o poder decisório não os impedem de criarem possibilidades para as suas intervenções.

É possível compreender, a partir de Iamamoto (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 contratante.

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

funcionem, como por exemplo, as redes de serviços de saúde nos municípios, as políticas sociais específicas, o Estado em relação às políticas públicas, o judiciário, a saúde, a previdência social, a assistência social, tudo isso não se realiza sem dificuldades.

Conforme o exposto, observa-se que a dificuldades para se prestar um atendimento de qualidade aos internos do HCTP, mas é no cerne dessas limitações que as profissionais buscam a superação, seja na busca de alternativas ou na reivindicação de melhorias, exercendo assim sua autonomia profissional.

3. A MULHER: FIGURA CENTRAL NA RESSOCIALIZAÇÃO E ACOLHIMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR

3.1 – O papel da família na ressocialização do infrator com transtorno mental.

A vida familiar faz parte do mundo real das pessoas, esse é o primeiro núcleo social em que as pessoas já nascem inseridas. É através desse núcleo, que adquirem valores morais, religiosos e ideológicos. “É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora da nossa primeira identidade social”. (REIS, 2001).

Nesse sentido, a família é entendida como uma instituição familiar, sendo vista como “um fato cultural, historicamente condicionado” (MIOTO, 1997, p. 115), portanto, sua configuração está diretamente ligada ao tipo de sociedade em que se encontra inserida. A família não é considerada neste estudo como instituição natural da sociedade, mas sua estrutura é historicamente determinada pelas diversas formas de sua inserção nos diferentes tipos de sociedade e seus processos demográficos. (MIOTO, 1997).

Sendo assim, família, neste trabalho, concordando com Miotto (1998) é entendida como:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (MIOTO, 1998, p. 21).

Podemos também entender família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como um sistema, que opera através de padrões transacionais. Assim, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo esses ser formados pela geração, sexo, interesse e/ou função, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros membros. A família como unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo em nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes universais. (MINUCHIN, 1990).

Sendo que, os membros da família ocupam determinadas posições ou tem determinado estatuto, isso são orientados por papéis. Papéis esses, que não são mais do que

as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que são associados a uma dada posição na família ou no grupo social ao qual pertence.

Dessa forma, precisa-se compreender as famílias a partir de um processo de construção social, o qual é determinado por cada época, lembrando que a sociedade e o segmento social ao qual estão inseridas às famílias são de fundamental importância para a sua estruturação. Pois elas são uma construção humana que se consolida, modifica e transforma conforme a influência do meio social em que vivem, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. (MINUCHIN, 1990). Nesse sentido, a família exerce uma dupla função a de responder as necessidades de seus membros e a de promover a reprodução da ideologia dominante. (REIS, 2001).

Ao falarmos de família observa-se que ainda a uma predominância no imaginário coletivo da sociedade a idéia de uma família perfeita: seguidora das tradições, formada pelos pais e filhos, vivendo numa casa harmoniosa para todo o sempre. Esse modelo que seria de uma família ideal, com o qual todos sonham construir, se esbarra no modelo de família real, que na atualidade se configura em novos arranjos familiares. (CALDERÓN et al, 1994).

Esse modelo de família, mais conhecida como família nuclear burguesa, ou família conjugal moderna, tem se caracterizado, principalmente, pela composição mãe, pai e filhos, coexistindo por meio de laços de aliança e de consangüinidade. Um dos objetivos desse modelo familiar é o de servir a procriação, ou seja, criar descendentes e herdeiros. Além de ter como principal característica a predominância da divisão sexual do trabalho, ao homem cabe o trabalho assalariado, e a mulher a tarefa de cuidar da educação dos filhos e do trabalho da casa. O pai, ao realizar o trabalho assalariado, tem a função de garantir o sustento da família e a socialização dos futuros cidadãos, enfim, a reprodução social. (CALDERÓN et al, 1994).

Nas últimas décadas, constata-se o surgimento de outros arranjos familiares, decorrentes do processo de modernização, que provocou mudanças significativas nessas nos últimos cinquenta anos na família conjugal tradicional.

Assim, atualmente, não há um modelo único. Com a transformação das sociedades e atendendo às necessidades sociais impostas, percebemos uma reestruturação de conceitos e a criação de novos arranjos familiares, calçados em relações conflituosas de rupturas das bases patriarcalistas impostas e aceitas pela sociedade através dos tempos.

Com base em Mioto (1997), destacam-se algumas mudanças na família brasileira, como: o número reduzido de filhos; a transformação da vida da mulher que, com a inserção

no mercado de trabalho, passa menos tempo em casa e tem menos filhos; o aumento da concepção em idade precoce (em adolescentes); o aumento da co-habitação e da união consensual; o predomínio das famílias nucleares (pai, mãe e filhos), apesar de haver registro de queda desse tipo de organização familiar; o aumento significativo de famílias monoparentais, tendo na sua maioria mulheres como chefes de família; o aumento das famílias recompostas, consequência do aumento das separações e dos divórcios; o aumento da expectativa de vida média da população, proporcionando assim maior convívio entre as gerações; e o aumento das pessoas que vivem sós, que se configura na chamada família unipessoal.

Pode-se destacar também, alguns aspectos de influência que resultam na configuração das famílias atualmente, como: a transformação e liberação de hábitos e costumes, especialmente relacionados à sexualidade e à nova posição da mulher na sociedade; o desenvolvimento técnico-científico, que proporcionou, entre tantas invenções, os anticoncepcionais e o avanço dos meios de comunicação de massa; e o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado Brasileiro, que teve como consequência o empobrecimento acelerado das famílias, a migração exacerbada do campo para a cidade e um contingente muito grande de mulheres e crianças no mercado de trabalho. (MIOTO, 1997).

Com relação aos dados apresentados, Míoto (1997) coloca que as mudanças ocorridas com a família tiveram grandes implicações na configuração familiar. Dentre as implicações, a autora ressalta a possibilidade de maior convivência entre as gerações e as transformações na relação entre homens e mulheres. Transformações essas que provocaram mudanças profundas no comportamento das mulheres, tanto em relação à reprodução e o cuidado com os filhos que nesse contexto deixam de ser a razão de viver delas, assim como na quebra da divisão sexual do trabalho e do poder, que consequentemente possibilitou uma redefinição de papéis do homem e da mulher. Míoto (1997) mostra também que essas mudanças acarretaram uma fragilização dos vínculos familiares, pois o casamento deixa de ser visto como eterno e passa a ter caráter temporal, resultando em inúmeros divórcios e separações; além de uma maior vulnerabilidade da família, que devido ao enxugamento familiar e as suas novas composições (famílias nucleares, aumento das famílias monoparentais e especialmente de mulheres chefiando famílias, aumento das pessoas sozinhas), são mais vulneráveis às situações de crises, como mortes, desemprego, doenças e entre outros. Com tal análise, Míoto (1997), salienta a

necessidade de tratar de *famílias* para que, no sentido plural, possa-se abarcar os diversos arranjos familiares apresentados na sociedade no sentido de família.

Se conceituar a temática da família se mostra complexo, imaginemos então quando se relaciona o tema família a doença mental. Primeiramente, cabe mencionar que, assim como a instituição familiar, a relação da família com o PTM também é historicamente construída. Sendo que, a dificuldade encontrada é no aspecto de definir o que seja família no âmbito do cuidado em saúde mental, pois cada autor escolhe uma definição, de acordo com suas necessidades e convicções ideológicas. Mas, para efeito do trabalho, vamos considerar a concepção de Bassitt (1992) de família no contexto da doença mental, que segundo ele é o conjunto de indivíduos que de um modo ou de outro possam interferir na doença mental de um ou de vários membros do referido grupo.

Cabe também para efeito da discussão, a variabilidade do conceito de saúde mental em cada tempo histórico. Segundo Bassitt (1992):

O conceito de doença varia com a evolução do pensamento humano, adequado a cada época e dependente das ideologias vigentes dentro da medicina, que recebem a influência do conjunto de conhecimentos da humanidade naquele determinado período, além de ser dependente das condições políticas, econômicas e sociais vigentes. (p. 280).

Segundo o autor supracitado o que caracteriza a doença mental é o modo médico de pensar os fenômenos ligados ao homem, isto é, procurar saber se o desvio que o indivíduo está apresentando relaciona-se a um distúrbio orgânico. Nesse sentido, se o distúrbio de que o indivíduo é portador não pode ser aplicado nesse tipo de raciocínio, então esse distúrbio não é considerado doença, por mais desviante que seja a sua conduta.

Dessa forma, por não ser identificável clínica e laboratorialmente, o transtorno mental tem origem multifatorial (biológica, social, psíquica e cultural), sendo identificado sobretudo pelos seus sintomas, com frequência pelo comportamento desviante, transgressor, que viola as normas socialmente aceitas. (ROSA, 2002).

Sendo que, quando da descoberta de um portador de transtorno mental no meio familiar, geralmente a primeira reação do grupo, como forma de enfrentamento do problema, é a *normalização*. A família, na maioria dos casos, não admite que seu ente possua algum tipo de transtorno mental, e tende a aceitar a situação como normal. Os sintomas de diagnósticos leves são pouco percebidos e os familiares procuram outras explicações para o comportamento estranho, desde que esse esteja próximo de um comportamento socialmente aceito. Muitas vezes, a normalização chega a comprometer a

sobrevivência do PTM, quando este deixa de se alimentar, diminui o nível de comunicação e proximidade das pessoas do grupo.

A normalização pode ser explicada como um mecanismo de defesa porque a família compartilha dos valores da sociedade e sabe que o transtorno mental é estigmatizado e estigmatizável e ela também é um agente no processo de estigmatização. (ROSA, 2003, p. 245).

Alguns exemplos de normalização podem ser notados em casos de depressão, que é vista como *frescura* pelos familiares, ou como uma desculpa para fugir das responsabilidades.

Contudo, outro mecanismo percebido é o do *efeito contágio*, pois se um familiar possui o transtorno mental, este fazendo parte da família e assim tendo o *mesmo sangue*, traz ao âmbito familiar a dúvida da possibilidade de haver outros membros com a mesma doença. Muitos grupos familiares ainda passam por uma fase de negação, onde admitem que o PTM possa ter qualquer doença, exceto o transtorno mental.

De modo geral, assumir o transtorno mental no grupo familiar acaba por gerar grande ansiedade e tensão em todos os participantes desse núcleo. São inúmeras dúvidas e falta de explicações sobre a doença. O resultado é “desorientação e desnorteamento” (ROSA, 2003, p. 245) na família, provocado primeiramente, pelo fato de haver um doente no meio familiar; pela preocupação se esta doença vai causar gastos; pelo preconceito sobre a doença mental, como se isso fosse uma coisa humilhante para a família do portador, agravado pelo fato de os membros não possuírem conhecimento em relação a doença mental.

Essa é uma etapa que provoca muita ansiedade pois, a família esta descobrindo o transtorno mental. Muitos questionamentos vêm à tona: querem saber sobre a doença, se essa tem cura, quanto tempo ficará internado, qual o tempo de tratamento. A família acha que fez algo de errado. Fica perdida e, muitas vezes, desenvolve um processo de culpa.

A primeira internação torna-se um marco na família do PTM que investe maciçamente na *cura*. Essa experiência pode se tornar um marco negativo quando o quadro do paciente piora. Nesse sentido, a família perde a referência até então construída, assumindo a enfermidade estigmatizada pela sociedade. E quando o paciente logra melhoras, a uma crença na cura da enfermidade, ao qual se quebra quando reaparecem os sintomas típicos da doença e/ou uma reinternação.

Na primeira internação, normalmente, os familiares se fazem presentes durante o tratamento e depositam toda a sua esperança de cura à esfera organizacional. Como em todo sistema de saúde, o setor psiquiátrico restringe-se ao paciente, na aplicação de suas

medicações urgentiais, internamento e encaminhamento ao tratamento. A família resta fornecer o relatório de sua vida pregressa e falar sobre o comportamento do mesmo, enquanto espera pela *cura*.

Sua preocupação e sofrimento não são acolhidos de imediato pelo corpo clínico de tratamento, bem como não é preparada para a nova situação de vida do então portador de transtorno mental. Geralmente, a família tem a noção de que quando voltar para casa o mesmo estará curado e não sofrerá novamente com a enfermidade. Prevalece nesse meio a desinformação e o despreparo familiar para o enfrentamento da doença. Quando o familiar PTM necessita de reinternação aumenta a aflição da família, que agora reclama da ineficiência do tratamento anterior, já que seu ente precisa ser internado novamente.

Neste aspecto, nota-se a necessidade de que haja, desde a sua primeira abordagem, um preparo, uma capacitação para o convívio permanente família/PTM com a doença, evitando que a família seja ignorada, como se apenas restasse a esses esperar por uma possível *cura* ou pela melhora do seu familiar.

Com o passar do tempo, as freqüentes crises e reinternações deixam os familiares à mercê do tratamento. As incertezas e dúvidas anteriores vão se transformando em certezas de incurabilidade. Nesse processo, os padrões de relação da família com o portador de transtorno mental vão se enrijecendo e se modificando com a certeza de seu comportamento será permanente.

A família passa então, por um processo de mudança na forma como vê o portador de transtorno mental em seu meio; perde parte de seus laços afetivos e, muitas vezes, já não dispensa o mesmo cuidado para com ele. Aos poucos, vai passando a responsabilidade dos cuidados do portador para o Estado, o hospital e a instituição que o atende. Nesse processo, com o sinal de qualquer crise, leva-o para a instituição como se a mesma tivesse a obrigação de tratá-lo sem o envolvimento familiar. Percebe-se, dessa forma, a família alterando por completo sua visão em relação ao portador de transtorno mental em seu meio. (ROSA, 2003).

As reinternações provocam um distanciamento prolongado e a falta de convívio direto entre o portador de transtorno mental e sua família, o que trás mudanças nas condutas em relação ao PTM e cristalização da visão do mesmo para a família. A família vai perdendo o pouco traquejo que tinha com o portador de transtorno mental e as condições emocionais para o convívio. O portador de transtorno mental, por sua vez, perde paulatinamente, com as freqüentes reinternações, seu espaço no âmbito doméstico, tornando-se assim um estranho em função da própria vida manicomial. (ROSA, 2002).

No caso do portador de transtorno mental que cometeu um ato infracional, quando acontece a reinternação num hospital/prisão devido a um novo delito, a família cria uma resistência maior ao PTM, por associar o delito à periculosidade. Nesse sentido, o núcleo familiar apresenta resistência em receber o PTM na primeira reincidência, devido a alimentar um sentimento de desconfiança em relação à periculosidade do PTM, acreditando assim, que em liberdade ele poderá cometer novo ato delituoso. Acontece também no HCTP, reinternações sem o cometimento de um novo delito, justificadas pela família aos órgãos competentes, pelo comportamento agressivo do PTM.

Rosa (2003) em uma pesquisa do avanço do transtorno mental e o deslocamento da posição simbólica do portador de transtorno mental no grupo familiar. Percebe-se que, no decorrer da vida do PTM, esse passa por diferentes estágios de intensificação e estabilização dos sintomas da doença mental, quase sempre seguidos de internações e crises. Enquanto isso, a família experimenta diferentes sentimentos em relação ao portador, relutantes do processo diário de cuidados e tratamento. Na maioria das vezes, as famílias acabam por alterar a visão que tem do portador de transtorno mental, enquanto membro envolvido nas relações do grupo.

Nesse processo de aprimoração, percebe-se alguns sentimentos produzidos no meio familiar, dentre os quais Rosa (2003, p. 251 e 252), destaca a superproteção, que, em muitos casos, “... pode ser compreendido como um desdobramento de culpa”. Dentre os sintomas da superproteção pode-se citar a forma de tratar o PTM, quase sempre, “com qualitativo no diminutivo e tratá-lo como criança”, sendo esta uma das maiores expressões da infantilização.

Em relação ao portador de transtorno mental infrator, a superproteção aparece de forma mais intensa, pois o delito agrava a situação, levando a família a proteger o PTM de *incomodações* e de situações de estresse para que esse não tenha motivos para ficar agressivo. Nesse sentido, a família evita contrariar o PTM e o protege de situações de estresse, em vista de não deixa-lo nervoso e conseqüentemente agressivo.

A superproteção familiar acaba por impedir, muitas vezes, o portador de trabalhar ou desenvolver afazeres domésticos e, quando esse prove algum sustento ou renda para o meio familiar, acaba que a família administra o dinheiro do portador em prol do grupo.

Seguindo nesse processo sintomático descrito por Rosa (2003), tal análise apresenta o sentimento de desqualificação do PTM que tende a culminar num processo de invalidação do mesmo. Seu ritmo e sua singularidade não são mais respeitados. Passa a ser percebido no meio familiar como um diferente, “mas é rotulado de forma negativa” (p.

253). Tornando-se, assim, um total dependente, seja do sistema de saúde ou de um cuidador.

Muitas vezes, o PTM *aproveita-se* da situação de enfermidade e acaba por manipular os familiares com a doença. A exemplo disso, estão as chantagens para conseguir bens materiais ou coisas de seu interesse; não ter nenhum tipo de responsabilidade com trabalho ou afazeres do lar, em troca de tomar o remédio e fazer o tratamento. O contrário disso também se percebe em determinadas famílias que vêem o portador como uma “fonte de renda relativamente segura para a família por meio do sistema previdenciário” (ROSA, 2003, p. 255), sendo que esse garante uma aposentadoria por invalidez ou o Benefício de Prestação Continuada. Dessa forma, a família manipula a identidade do louco, provando sua doença para conseguir este ganho, abrindo, assim, as portas para a inserção ao benefício pela exclusão.

Cabe como pertinente abordar, como fica a cidadania do PTM, há a família “de um lado como vocalizadora das necessidades do PTM, e de outro lado, no plano jurídico, como tutora do PTM junto à família e, principalmente ao cuidador, cabem a defesa da cidadania do PTM” (ROSA, 2003, p. 331). Nesse caso, como aponta Rosa, estabelece-se uma relação singular com a cidadania, já que está originalmente se refere à relação do indivíduo com determinado Estado, na situação do PTM esta relação tende a ser mediatizada por um terceiro ente.

Cita-se ainda, o fato de o PTM em muitos casos ser ou tornar-se uma pessoa violenta fazendo com que a família o exclua por conviver constantemente com o medo. Esta é uma realidade presente no HCTP, pois o paciente internado carrega dois estigmas: a doença mental e o delito cometido, sendo que esse normalmente é contra um membro da família, o que aumenta ainda mais o medo da convivência com o mesmo. Muitas vezes, o PTM sabendo que um comportamento agressivo provoca o medo de seu meio familiar, procura amedrontá-los, para assim poder manipulá-los, tornando-se assim o centro das atenções e dos problemas familiares, o que acaba por responsabilizá-lo por todos os problemas do grupo. (ROSA, 2003).

Em referência ao estudo da psiquiatria sobre a doença mental e sua relação com a estrutura familiar, Bassitt (1992) coloca que foi nos anos 40 e 50 do século XX que a psiquiatria começou seus estudos buscando entender como as relações familiares poderiam interferir no surgimento da doença mental. Nessa época a ênfase, em função das teorias freudianas, era dada à relação mãe-filho, pouca importância sendo dada ao papel desempenhado pelo pai no desencadeamento de distúrbios nos filhos. O autor cita, que foi

nesse período que surgiram os conceitos de mãe superprotetora e de mãe esquizofrênica. Sendo que, na década de 50, Pichón-Rivière criou a noção de “bode expiatório”, como aquele indivíduo que se torna o depositário e o porta-voz da patologia de toda a família.

Como as próprias denominações sugerem, a esquizofrenia²⁰, diagnóstico paradigmático para a psiquiatria, emerge como um produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, mas sobretudo à mãe.

Após os anos 50, houve um intenso interesse pelos aspectos sociais e familiares, especialmente da esquizofrenia, o que contribuiu para o surgimento de vários conceitos, como o conceito de duplo vínculo de Bateson, que seria um mecanismo pelo qual os pais podem, com seu modo de ser, induzir um dos filhos a desenvolver um quadro com características da esquizofrenia. Percebe-se, que se começou a culpabilização da família pela emergência da doença mental, primeiramente culpabilizando a mulher e em seguida o núcleo familiar, é nesse período que começam nos Estados Unidos à realização de terapias familiares e de casais. (BASSITT, 1992).

Logo, a família é vulnerabilizada e destituída de seus saberes sobre relacionamentos internos, sobretudo em relação à educação dos seus filhos. A família é vista, ora como vítima, ora como responsável pelo sofrimento psíquico de seu membro. As intervenções através das terapias tornam-se cada vez mais presentes, intermediando as relações e os conflitos familiares. Tal intermediação torna-se mais freqüente na medida que a família é culpabilizada pelas diferentes perspectivas teóricas, o que fica mais explícito nas abordagens da antipsiquiatria. (ROSA, 2003).

Na perspectiva da antipsiquiatria²¹, a família é apreendida negativamente como um grupo que quer se livrar de integrantes indesejáveis em seu meio, através da internação psiquiátrica. Atribuindo a etiologia da esquizofrenia às relações familiares rígidas, autoritárias que impedem processos de individualização. (VASCONCELOS, 2002).

Nesse sentido, Rosa (2003) coloca que a produção antipsiquiátrica parece ter sido entre as citadas no capítulo anterior, a vertente que mais explicitamente culpabilizou a família pela emergência do transtorno mental. Ainda segundo Rosa (2003), as teses da antipsiquiatria sobre a temática da família mostraram-se parciais, unilateralizadas e maniqueístas, pois analisavam as relações familiares fixadas na ótica do portador de

²⁰ A esquizofrenia é uma doença crônica que se caracteriza por distúrbios do pensamento, com idéias de perseguição e perda das conexões lógicas, que também se manifestam na linguagem: das percepções, dos sentimentos e do comportamento motor.

²¹ Como já citado, a antipsiquiatria é uma corrente que buscava a ruptura com o modelo clássico da psiquiatria. Uma ruptura voltada a desconstrução do aparato psiquiátrico e a um olhar crítico em relação ao saber/prática psiquiátricos.

transtorno mental. Dessa forma, colocaram de um lado o enfermo, vitimizado e abandonado; e, de outro, a família e suas relações autoritárias e simbióticas, como rotuladora e punidora do enfermo, o estigmatizando e o hospitalizando.

Cabe ressaltar, que também na década de 60, surgia na Itália a perspectiva basagliana, que entendeu a família, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno mental, à medida que é vista como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade, propiciando assim manter o poder contratual, a autonomia e a emancipação do PTM. Nesse sentido, nessa perspectiva a família é vista positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, numa visão mais abrangente e totalizante, muito embora seja visibilizada por Basaglia (1985) como uma das instituições de violência. (AMARANTE, 1998).

Além disso, é importante ressaltar que a capacidade de cuidado do grupo familiar depende diretamente da qualidade de vida que tem no contexto social no qual está inserido (MIOTO, 1997). Nesse sentido, observa-se a pressão da política econômica sobre os grupos sociais, especialmente a partir da década de 1970. Esse período, destaca-se pela reorientação de políticas públicas pelo ideário neoliberal e a diminuição do *welfare state*, favorecendo nova visibilidade à família. Dessa forma, o Estado assume a condição de principal agente modernizador, impulsionador da acumulação de capital e organizador das classes sociais, secundarizando as demandas dos segmentos significativos da classe trabalhadora e submetendo as intervenções públicas na área social às exigências econômicas.

Nesse sentido, Rosa (2002, p. 264) aponta que o Estado mínimo, visa uma desresponsabilização do Estado frente às demandas da população. Assim, “a retração do Estado em termos de gastos sociais e em virtude da onda neoliberal repercute sobremaneira na estrutura família e em suas funções”.

Segundo Rosa (2003, p. 155):

[...] muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas ao grupo familiar e, ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em razão da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. A família, então, encontra-se sobrecarregada pela crise econômica que, inclusive, gera desemprego a seus integrantes.

A medida que o Estado restringe sua participação na resolução de questões de determinados segmentos sociais, entre eles os portadores de transtornos mentais, a família

tem sido chamada a tomar para si esta responsabilidade, sem, no entanto, receber dos poderes públicos a devida assistência. (GUEIROS, 2002).

Esta responsabilidade que se acentuou com o advento da Reforma Psiquiátrica e seus processos de desospitalização, tem como agravante a situação familiar do PTM que se vê sozinha sem o respaldo devido dos órgãos públicos competentes, não podendo assim oferecer os cuidados necessários ao portador de transtorno mental.

A família reage a esse quadro empobrecedor e às demandas de provimento de cuidado ao portador de transtorno mental, construindo estratégias de sobrevivência e buscando dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mas ainda é o principal agente responsável pelo provimento de seus cuidados [...] diferentemente das demais enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer enquanto enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. (ROSA, 2003, p. 192).

Darós (2004) pontua, que além do portador de transtorno mental não se reconhecer como tal, o cuidado com esse membro afetado fica quase sempre a cargo da mulher, que se vê obrigada a assumir todo o ônus do provimento de cuidados, tendo assim seus projetos de vida obstruídos.

Segundo Rosa (2003), a um esgarçamento da solidariedade familiar mediante o peso simultâneo de várias demandas que chegam ao grupo familiar. Nesse contexto, as famílias do Primeiro Mundo assim como do Brasil, passam a pressionar o Estado pela manutenção e ampliação dos serviços públicos de corte social, observando-se, então, um deslocamento das análises que passam a pensar processos de reforma psiquiátrica.

Diante de tal realidade, os familiares exigem, além do tratamento, a custódia de seu parente que depende de cuidados contínuos. A custódia, “é vista como um mecanismo para protegê-lo, que foge do controle familiar e, como uma estratégia de sobrevivência do próprio grupo [...] que compartilha recursos econômicos formados coletivamente”. (ROSA, 2002, p. 267).

Ao remeter o cuidado para o âmbito doméstico tende-se a sobrecarregar a família, já penalizada pelas mudanças econômicas que enfrenta. Nesse contexto, a figura do cuidador do enfermo se vê sobrecarregada com suas próprias exigências em relação à sua reprodução e a crise econômica que poderá gerar com as despesas de um membro inapto para o trabalho e de sua retirada do mercado, para dedicar-se ao trabalho privado, em decorrência deste novo familiar. A presença do familiar portador de transtorno mental em casa aumenta, então, a responsabilidade dos demais membros sobre seu tratamento, assim

como a quantidade de cuidados a serem despidos ao mesmo, ou seja, produz um forte impacto na família. (VASCONCELOS, 2002).

Rosa (2002) aponta, que a população interna em hospitais psiquiátricos é majoritariamente composta por usuários oriundos dos segmentos “assalariados e despossuídos”. Trás, ainda que

[...] é majoritariamente em termos de origem de classe e também com população psiquiátrica, pois, historicamente, o sistema asilar e o hospital psiquiátrico constituíram-se em uma das modalidades assistenciais no tratamento da pobreza [...]. (ROSA, 2002,p. 269).

Por conseguinte, na rotina familiar, a internação do portador de transtorno mental significa o desencargo de uma série de atividades e investimentos econômicos impostos por seu cuidado e manutenção, assim como disponibilidade do cuidador para o mercado de trabalho. No caso das mulheres, principais cuidadoras, ficam disponíveis, seja para outras atividades domésticas, seja para o trabalho extrafamiliar.

A família sofre, também, com o estigma trazido pelo transtorno mental de seu ente, que é constantemente associado a sua conduta perigosa. Em decorrência, o portador padece de uma discriminação social que é extensível à sua família. De acordo com Rosa (2002, p. 271):

[...] contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambigüidade constitui fonte de angústia.

A autora sustenta ainda, que a partir da década de 1990, surge uma pluralidade de representações referentes à relação da família com seu portador de transtorno mental, apontando para cinco direções:

- A família como um *recurso* no rol das estratégias de intervenção;
- A família como um *lugar* de possível convivência para o PTM (não o único e obrigatório), desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos;
- A família como *sofredora*, pois é influenciada pela convivência com seu PTM, devendo ser assistida e receber suporte social e assistencial;
- A família como um *sujeito* de ação, que se organiza em associações e movimentos sociais específicos, agindo como sujeito avaliador e construtor de cidadania do portador de transtorno mental e;
- A família como provedora de cuidado, sendo o principal agente potencializador entre o portador de sofrimento psíquico e a sociedade. (ROSA, 2003).

A relação da família com o PTM, pode ser explicada então paradoxalmente. Por um lado, a família é vítima do membro doente, estando sob ameaça de perigo e sem estrutura sócio-econômica e emocional para tratá-lo. De outro, é culpabilizada por ser a propiciadora do sofrimento psíquico. Perdida, sem conhecimentos acerca do transtorno mental, a família fica, muitas vezes, restrita ao papel de identificar a *loucura*, encaminhar o seu portador a alguma instituição, normalmente asilar, visitá-lo e fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. A relação entre o grupo familiar e o portador de transtorno mental, fica mediatizada por agentes médicos e estatais, encarregados da cura, custódia e assistência. (ROSA, 2003).

Configuram-se, desse modo, para a família, condições deficitárias de atendimento domiciliar ao portador de transtorno mental, fazendo emergir uma crise na estrutura familiar relacionada à busca por compreender e criar estratégias de cuidado. Tal fato vem agravar as precárias condições do grupo familiar à medida que impõe exigências específicas de cuidado e atenção, mobilizando-o, desse modo, tanto emocional como materialmente. Sendo que, a autora entende que o transtorno mental além de trazer encargos econômicos, implica numa sobrecarga emocional e temporal por exigir da família de seu portador maior dedicação, tendo em vista que, nas crises, ele precisa ser cuidado e vigiado em função do risco de auto-agressão, como também de heteroagressão. (ROSA, 2002).

Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e quanto à convivência com um PTM representa um peso. As alterações no cotidiano da família, nas relações sociais, motivadas pela vergonha, cansaço ou frustração, é comum observar os familiares se distanciarem das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas à casa de amigos próximos e parentes.

Esses familiares, sofrem pressões sociais vivenciando difíceis situações no seu dia a dia que fogem do seu controle, cria-se então uma estratégia de sobrevivência que é manter o doente longe da família, internado em um hospital psiquiátrico. A hospitalização libera a família de uma série de encargos, pois o doente é na maioria das vezes dependente total ou parcial de algum membro da família que ficará disponível para trabalhar caso o doente seja mantido no hospital.

O HCTP é ao mesmo tempo um hospital e uma prisão, o vínculo do portador de transtorno mental com a família é mais frágil. Esses entendem que a periculosidade no portador, e assim na primeira crise que esse apresenta quando da alta, a família busca a

reinternação, justificando a autoridade competente que o PTM apresenta um risco à família e a comunidade. Assim, se observa na realidade do HCTP muitas reinternações sem que o PTM tenha cometido um novo delito, percebe-se que essas reinternações acontecem mais pelo fato das famílias não quererem mais arcar com os encargos do cuidado do que por alimentarem um sentimento de medo do PTM.

Frente a essa realidade, as profissionais do Serviço Social do HCTP, articulam-se com a rede extra-hospitalar, especialmente com os CAPS, visando fortalecer as iniciativas do CAPS em oferecer o suporte necessário à família e ao PTM em vista a evitar novas internações. Nesse sentido, quando essas profissionais são solicitadas a darem um parecer social ao Juiz num caso de reinternação sem novo delito, as mesmas optam por recomendar um tratamento intensivo na rede CAPS, justificando a importância do tratamento ambulatorial, o qual não priva o PTM de liberdade, além de oferecer um tratamento eficaz num serviço especializado em atender as demandas advindas do transtorno mental.

Sabendo que a família sente-se pressionada pela sociedade e vulnerável frente à doença mental, percebe-se a necessidade de profissionais que possuam o projeto profissional centrado numa intervenção profissional voltada a melhoria das condições de vida da população, possibilitando a oferta de bens, recursos e serviços, assim como o exercício de uma ação sócio-educativa. Uma ação sócio-educativa que assuma uma perspectiva emancipatória, na defesa, preservação e efetivação dos direitos sociais. Nesse contexto, um dos profissionais que possui essas atribuições previstas tanto na lei que regulamenta a profissão quanto em seu Código de Ética é o Assistente Social.

3.2 A mulher e sua posição na sociedade

Quando se procura entender o papel da mulher na sociedade, há de se voltar o olhar para os primórdios da existência de nossa sociedade, dando ênfase à formação do sujeito, seus grupos e classes sociais.

Desde a colonização do Brasil, o papel da mulher brasileira perpassa por funções às vezes exóticas, ora degradantes e até desumanas. Elas foram admiradas, temidas como representantes de Satã e foram reduzidas a objetos de domínio e submissão por receberem um conceito de *não-função*, tendo sua real influência na evolução do ser humano, marginalizada e até aniquilada. (DEL PRIORE, 1997).

Desde o Brasil Colônia, *castrar* a sexualidade feminina era função da Igreja, usando como contraponto à idéia do homem superior a qual cabia o exercício da

autonomia. Todas as mulheres carregavam o peso do pecado original e, desta forma, deveriam ser vigiadas de perto e por toda a vida, ficando assim sujeitas à dominação do pai e do marido e restritas ao âmbito doméstico. Tal pensamento, crença e *medo* acompanharam e, talvez ainda acompanhe, a evolução e o desenvolvimento feminino. (DEL PRIORE, 1997).

A mulher, tinha como função apenas a procriação que desse segmento ao domínio da classe dominante. Nesse sentido, a educação das crianças era muito diferenciada, comportando atitudes desiguais, em vistas de moldar os papéis dos futuros adultos. Mesmo quando os meninos ou meninas se negavam a agir de forma contrária a estabelecida, a resposta era dada prontamente através de castigos e punições severas. (RIBEIRO, 1995).

A menina, era negado tudo que de leve parecesse independência. As meninas criadas em ambientes rigorosamente patriarcal, estas viveram sob a mais dura tirania dos pais – depois substituída pela tirania dos maridos. (FREYRE, 1975).

O menino, ao contrário de sua irmã, não poderia ser tímido, nem ter atributos de delicadeza ou de amizade fraternal. Esperava-se dele rudeza, aspereza no trato com as meninas e escravos. Aos nove ou dez anos era obrigado, à força, a se tornar homenzinho. A se comportar como “gente grande”. (FREYRE, 1975).

Em meados do século XVIII, com a industrialização e a urbanização, nascia na Europa o modelo de família burguesa, rompendo com os modelos familiares vigentes e criando novos padrões de relações familiares. Tal modelo repercutiu no Brasil no século XIX, em substituição a família colonial extensa e o fim da escravidão negra formal. A ascensão da burguesia trouxe uma mentalidade burguesa que reorganizou as vivências familiares e domésticas, assim como uma valorização da intimidade e da maternidade, o que levou ao nascimento de uma nova mulher. As características dessa nova forma começam a aparecer com nitidez no século XX. (DEL PRIORE, 1997).

No novo modelo de família burguesa, a um reforço da idéia de que ser mulher é ser mãe dedicada e atenciosa, assim começa a ser priorizado o cuidado das mães na primeira educação dos filhos. Assim, a mulher branca das classes privilegiadas, tem redefinido seu papel feminino, ficando restrita ao âmbito doméstico, absorvendo as atividades do espaço doméstico, e obedecendo e servindo seu marido e educando seus filhos. Sendo que, satisfazer a necessidade de afeição dos filhos era função da mulher, por ser idealizada pela sua capacidade materna. Além do afeto, a mulher era responsável pela educação dos filhos, para que tivessem um futuro promissor, assim como uma moralidade, já que a mulher era considerada a base moral da sociedade. (DEL PRIORE, 1997).

Além do mais, nas diferentes sociedades e em diferentes épocas históricas a mulher também coube o papel de cuidadora dos doentes e idosos da família. Enquanto as famílias viviam em espaços não urbanizados e não estavam envolvidas no trabalho da indústria, a questão social não havia sido publicizada e politizada. Portanto, cabia a mulher no âmbito da família e da comunidade cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes. As mulheres saíam de suas famílias para serem benzedeadas, parteiras e cuidadoras dos miseráveis asilados.

É nesse contexto, que emerge a idéia de amor materno, segundo o qual as mulheres têm o instinto de serem mães e amarem seus filhos. Badinter (1985) coloca o chamado amor materno como mito, devido ao fato de questionar a idéia de que o amor das mães seja inato. Segundo ela, o *mito do amor materno* está ligado a dois fatores: a necessidade de assegurar a sobrevivência dos descendentes e a idealização da figura da mãe, a fim de que certa completude se fizesse sentir entre a mãe e a criança.

Nos séculos passados, a gestação e o aleitamento das crianças eram completamente negligenciados, havendo uma alta taxa de mortalidade infantil, devido ao fato de à mulher da alta burguesia era desprestigiado ocupar-se da prole, entregando-a a amas-de-leite, enquanto que para a operária, dada à jornada de trabalho, era tarefa impossível. Foi a partir do século XIX, que as formas do amor materno, tais como são conhecidas atualmente, despontaram. Nesse século, as mulheres passam a viver cada vez mais encerradas em seus papéis de progenitoras: gestação, parto e amamentação resumem sua existência, sem deixar-lhes alternativas ou espaço para outras aspirações. O valor dos cuidados maternos ganha nova dimensão em detrimento da liberdade da mulher. (BADINTER, 1985).

Somente na segunda metade do século XX, que começam a ser perceptíveis mudanças no papel da mulher na sociedade. Apesar de permeados de preconceitos o trabalho, a instrução e as expressões da sexualidade feminina, começam a ser mais comuns e difundidos nos meios de comunicação.

Nos anos de 1960, com a popularização dos benefícios da pílula anticoncepcional no Brasil, a uma abertura as experiências sexuais femininas fora do casamento, fato devido à possibilidade de se evitar uma gravidez indesejada, assim como se fortalecem os ideários de liberação sexual feminina e direito ao prazer sexual. Com o autoritarismo do regime militar vigente na época, e com o arrocho salarial, o principal alvo de questionamento das organizações sindicais, era no sentido de reivindicar melhores salários e mudanças nas relações e práticas de trabalho, sendo assim, os movimentos feministas só começaram a ganhar força política em fins dos anos 60. (DEL PRIORE, 1997).

As próximas décadas, anos 70, 80 e 90, o engajamento sindical e político, se tornam fundamentais para defender mudanças no âmbito das relações interpessoais e de gênero nos espaços do trabalho, da família e na sociedade no geral. Nesse sentido, as reivindicações e mobilizações dos movimentos feministas e a progressiva inserção da mulher no nível político, foram muito importantes para o reconhecimento da importância da mulher, e continuam sendo, já que ainda a uma desigualdade associada à divisão sexual do trabalho e conseqüentemente das relações de gênero. (DEL PRIORE, 1997).

Segundo Coelho (2002), a mudança na ordem econômica mundial, a partir da década de 70, concorreu para a opção governamental no Brasil de adoção de um modelo de desenvolvimento econômico que trouxe como conseqüência o empobrecimento acelerado das famílias na década de 1980. Acrescido a esse fato, houve uma intensa migração do campo para a cidade e a deteriorização do setor público na prestação de serviços. Este novo modelo econômico com ideário neoliberal, prevê a regulação econômica pelo mercado em detrimento do Estado, que deveria ser mínimo e apenas intervir de forma a garantir a sustentabilidade do sistema. Ficando assim, os serviços sociais ao encargo das entidades filantrópicas, ONGs e comunidades. As políticas públicas enxugam as propostas universalizadoras e de direito e ampliam seu caráter focal e pontual.

A partir dos anos 90, a família apresenta mudanças significativas devidas ao processo de modernização da sociedade, havendo nesse sentido, mudanças em relação à figura e papéis da mulher. Nesse sentido, a uma crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, o que tornou evidente, o questionamento dos papéis e responsabilidades de homens e mulheres no interior das famílias. Entretanto, as assimetrias de gênero permanecem em ritmos diferenciados, o que faz com que as mulheres tenham uma condição de cidadania diferente e atrasada em relação à concedida ao homem. (GOLDANI, 2002).

Segundo Goldani (2002), as profundas mudanças nas dimensões sociais, econômicas e políticas recolocam a centralidade das relações entre trabalho e família para homens e mulheres, ganhando destaque novas formas e relações de trabalho, a multiplicidade de arranjos familiares, a participação das mulheres nos mais diferentes setores de atividade, atitudes, legislações e políticas de equidade de gênero e a redefinição do papel do Estado.

A redefinição do Estado, no Estado mínimo, desencadeou a diminuição dos recursos do Estado e a desmontagem do sistema de proteções e garantias vinculadas ao emprego. Neste sentido, as famílias têm sido apontadas como um elemento fundamental de

proteção social para seus membros e, como tal, passa a ser foco e destinatárias de políticas sociais, políticas essas que se configuram como focalistas, seletivas e emergenciais, e assim sendo não respondem as questões sociais postas pela família e pela sociedade como um todo. Neste processo, a comunidade e as famílias passam a assumir responsabilidades por serviços que o Estado deixa de oferecer. (GOLDANI, 2002).

Essas modificações no Estado, afetaram diretamente a esfera do trabalho, trazendo a flexibilização das relações trabalhistas e formas de trabalho, e assim conseqüentemente a precarização do trabalho. Nesse sentido, o trabalho se concentrou na área informal da economia, onde não havendo um vínculo de contratualidade, o trabalhador se encontra sem acesso aos direitos trabalhistas advindos do sistema de proteção social e freqüentemente com uma baixa remuneração. Dessa forma, sem proteção social e com baixa remuneração, a família, em particular os membros adultos, incluindo a mulher, carregam o ônus das demandas dos dependentes. E, com condições cada vez mais precárias de sobrevivência a também uma redução no número de filhos. Em vista, de os filhos, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, permanecerem mais tempo em casa como dependentes, e as situações precárias relativas ao trabalho, a mulher busca a inserção no mercado de trabalho, seja como complementação à renda familiar, seja como a provedora do núcleo familiar, nesse segundo caso, a mulher se configura como chefe de família. (GOLDANI, 2002).

Nesse sentido, a família, e principalmente a mulher, passam a ser eleitas como a instituição privilegiada para dar conta de todos os problemas que afetam o grupo familiar frente a desresponsabilização do Estado frente às necessidades sociais e questões sociais. O trabalho da mulher, que em décadas passadas era visto com forte preconceito e até como imoral, começa a ser visto como uma necessidade para complementar e/ou manter a subsistência do grupo familiar. (COELHO, 2002).

Em relação aos salários, as mulheres, além de ganharem menos que os homens, ocupam lugares menos privilegiados na economia e têm condições de trabalho mais precárias, isso é, ainda a uma desvalorização do trabalho feminino e da capacidade feminina. Ainda em relação ao trabalho, as mulheres o percebem como um ganho, na medida em que possibilita uma emancipação econômica, sendo visto também segundo Coelho (2002, p. 70) como uma realização pessoal: “por ser um espaço construído individualmente, no qual se sentem valorizadas como pessoas”. (COELHO, 2002).

Em relação às tarefas domésticas e cuidados com os filhos e enfermos, estas permanecem, na maior parte das famílias, sob a responsabilidade feminina. Sendo assim, a

mulher é vista perante a sociedade como responsável pelos cuidados da família, mas devido às necessidades econômicas e/ou desejo próprio em vistas a emancipação, as mulheres ingressam no mercado de trabalho. Agregam assim mais uma função, ao qual normalmente, as colocam num cotidiano estressante, devido a tentarem concretizar múltiplos serviços, que nem sempre são passíveis de serem articulados entre si. Nesse sentido, a uma sobrecarga, no qual a mulher não consegue obter uma qualidade de vida, nem espaço para o lazer e para si. (COELHO, 2002).

Nesse sentido, Miotto (1997) em sua pesquisa, coloca que as mulheres têm concentrado sua vida mais nas atividades como trabalho e relação conjugal do que na reprodução, havendo dessa forma uma redução no número de filhos. Ainda em relação ao trabalho da mulher, cabe pontuar, que segundo Carvalho (1998), as mulheres são vistas pela sociedade como permanentes dependentes do provedor masculino, e que seu trabalho visa apenas a complementação da renda familiar, o que resulta numa baixa remuneração e não valorização de sua competência técnica.

Outro dado significativo de Miotto (1997), é em relação ao aumento das famílias monoparentais com predominância das mulheres como chefes de família, devido ao aumento do número de divórcios, desemprego do homem, e também ao abandono do lar pelo homem. Segundo Carvalho (1998) no imaginário popular há o domínio do homem como provedor e somente reconhece a chefia feminina nos casos em que a mulher é chefe pela ausência do companheiro, mesmo sendo ela responsável economicamente pela sobrevivência do grupo domiciliar.

Em vista as transformações da sociedade, observa-se que em pleno século XXI, existem ainda mistificações em relação ao papel da mulher. Um exemplo, se configura no *mito do amor materno* que continua muito enraizado na ideologia popular, sendo que, as mulheres se sentem pressionadas a responderem ao chamado *instinto maternal*, até os dias atuais. Mesmo com as mudanças: no mundo do trabalho, através das transformações econômicas; e na sociedade através dos processos de ruptura das relações e funções da família; e assim a conseqüente colocação da mulher no mercado de trabalho, a prestação de cuidados com os seus continua sendo de sua inteira responsabilidade. Configurando dessa forma a chamada jornada dupla de trabalho: as atividades domésticas e o cuidado com os filhos, idosos e doentes de um lado, e o trabalho assalariado, fonte de renda, do outro. Com a agregação de mais funções, a mulher sofre uma sobrecarga emocional e temporal, pois além de cuidar do lar e da família, vê-se às vezes sem opção, tendo que assumir o provimento econômico do lar. (ROSA, 2003).

Observam-se mudanças também em relação à sexualidade, com o ideário de liberação sexual, direito ao prazer. O aparecimento dos anticoncepcionais, de certa forma provocou a emancipação feminina e desencadeou mudanças no casamento, no amor e na sexualidade a partir da segunda metade do século XX, resultando em transformações radicais na vida e na intimidade das pessoas. (RIBEIRO, 1999).

Dessa forma, observa-se que a mulher no decorrer dos tempos conquistou seu espaço, adquirindo autonomia não só em relação ao seu corpo, com a revolução sexual, mas também economicamente com a abertura ao mercado de trabalho e a instrução acadêmica. Na busca por igualdade de direitos, assegurou sua cidadania, conquistando primeiramente o direito ao voto em 1932, e posteriormente em 1948, os direitos humanos da mulher assegurada na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Apesar disso, as mulheres têm ainda um longo caminho a percorrer, pois ainda hoje se estabelecem grandes *distâncias* entre homens e mulheres. Pontuando que, mesmo agregando novas funções, as mulheres não deixaram de fazer o que era exigido das outras mulheres no passado, e que de certa forma a sociedade ainda lhes cobra, ou seja, exercer o papel de mãe, esposa, amante e companheira.

Os novos papéis e direitos sociais que a mulher conquistou, contraditoriamente não reduziram as obrigações no desempenho dos papéis tradicionais. Essa situação se torna mais evidente quando se analisa a situação das classes populares, sobretudo nas famílias que possuem sob seus cuidados idosos, pessoas portadoras de deficiências ou problemas psiquiátricos.

3.3 A mulher como cuidadora do portador de transtorno mental infrator

A pesquisa para conhecer o perfil da mulher cuidadora do portador de transtorno mental – PTM - foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP - de Florianópolis, durante o período de março a junho de 2007. O motivo que instigou a pesquisa, foi à necessidade de compreender o papel da mulher na ressocialização do PTM e as repercussões do provimento de cuidados na sua vida pessoal, familiar, social e profissional.

Porque as mulheres? Por que elas são as que normalmente cuidam. As mulheres, devido à divisão social de gênero herdadas das formas de organização societárias anteriores, carregam o cuidar, o sentir, a emoção e o compromisso pessoal na casa, ou seja, na esfera privada e no âmbito da reprodução familiar e comunitária. Mesmo com a

evolução dos papéis sociais desempenhados pela mulher na sociedade contemporânea, o papel tradicional de cuidadora dos filhos, dos idosos e dos doentes ainda permanece.

Diante da condição de dependência, imposta pela doença mental, o portador de transtorno mental necessita de acompanhamento permanente e conseqüentemente de sujeitos que assumam tal cuidado. Sujeitos esses que na área da saúde se transformam em cuidadores e, são cada vez mais necessários, dentro da perspectiva já vista de reabilitação fora do espaço asilar, estimulado pelos movimentos de desinstitucionalização, tendo em vista as propostas da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, que estudaremos as mulheres como principais cuidadoras e agentes de promoção da ressocialização do PTM.

O HCTP conta em junho de 2007 com 137 pacientes, sendo a grande maioria são oriundos de famílias com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Em relação aos delitos cometidos pelo PTM que estão cumprindo medida de segurança, há uma grande variedade, não havendo uma predominância, se configuram como furtos, roubos, atentados violentos ao pudor, tráfico de drogas, homicídios, latrocínios e entre outros. As medidas de segurança variam de 1 a 3 anos, dependendo da gravidade do delito cometido. Em relação as reincidência, se percebe que estão diminuindo gradativamente, seja pela rede extra-hospitalar estar se fortalecendo a cada ano e também devido à atuação do Serviço Social. Segundo os prontuários médicos, o tipo de transtorno mental mais freqüente é a esquizofrenia paranóide²² e a residual²³, seguida dos transtornos decorrentes do uso de lícitas e ilícitas. Devido à falta de informações ou informações incompletas nos prontuários médicos e jurídicos, encontrou-se uma dificuldade de traçar em números a predominância do transtorno mental mais freqüente, assim como o delito cometido.

A presente pesquisa, foi realizada com as cuidadoras dos PTM, sendo que, as mesmas devem assumir o cuidado quando da alta dos pacientes. A referência da pesquisa, incluiu oito participantes escolhidas aleatoriamente, isso é, foram entrevistadas aquelas que costumavam visitar com freqüência o PTM, dentro do universo de 78 pacientes que contam com suporte sócio-familiar. As visitas normalmente são realizadas pelas famílias que moram na capital, pela proximidade, visitam com mais freqüência. Quando das visitas estas mulheres foram convidadas a participar da referida pesquisa, sendo que, não houve nenhuma negativa ao convite. Cabe expor, que devido ao HCTP atender a demanda de

²² Esse tipo é caracterizado por delírios, freqüentemente de natureza persecutória e pelas alucinações auditivas. As características associadas são ansiedade, violência e alterações das interações sociais.

²³ Anteriormente chamada de esquizofrenia simples, nesse tipo estão presentes o afastamento e inadequação social, comportamento excêntrico, inadequação afetiva e pensamento ilógico. Não são observados sintomas catatônicos, delírios ou alucinações.

todo o Estado, muitos pacientes não recebem visita pela distância geográfica e falta de recursos financeiros dos familiares, sendo que o hospital também conta com alguns pacientes de outros Estados.

Para a coleta de dados foram empregadas à entrevista semi-estruturada com a utilização de um gravador, estas foram operacionalizadas na sala II do serviço social na instituição (roteiro em anexo). Posteriormente, as fitas utilizadas foram transcritas. Usou-se dessa metodologia visando proporcionar liberdade na exposição das opiniões das entrevistadas sobre o tema em pauta.

[...] As entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, torna-se possível trabalhar com a entrevista aberta ou não-estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como com as estruturas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas. (MINAYO, 2001, p. 58).

Objetivava-se realizar doze entrevistas, mas devido às dificuldades dos familiares em se locomoverem até a instituição, foram efetuadas oito, sendo que desses oito casos, 5 (cinco) das cuidadoras residem na Capital e outras 3 (três) em Camburiu, Imaruí e Santo Amaro da Imperatriz, sendo todos municípios de Santa Catarina.

O problema da pesquisa foi delimitado, através das observações ocorridas no período de estágio (04/2006 a 07/2007). Segundo Minayo (2001, p. 50):

A técnica e observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. [...] a importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

A observação, como citam Chizzotti (2001) e Minayo (2001), é um recurso de grande relevância, pois além de observarmos coletivamente os sujeitos da pesquisa, o atendimento individual é o momento em que o entrevistado consegue transpor seus ideais para além do perguntado, fazendo com que o pesquisador consiga captar dados de sua realidade.

A pesquisadora através da prática e da observação, constatou como Rosa (2003) que a mulher é a principal cuidadora, fato conferido devido ao fato das mulheres serem frequentemente quem se responsabilizam perante a lei pelos pacientes no pós-alta. Nesse sentido aguçou-se a curiosidade de saber quem é essa mulher que cuida? Por que cuida? E quais são as implicações desse provimento de cuidados na vida dessas mulheres?

Após a realização da coleta de dados através das entrevistas, os dados foram submetidos a uma análise qualitativa individualizada, sendo agrupados e interpretados com base na proximidade da temática abordada, havendo sempre respeito à fidedignidade dos relatos transcritos e analisados.

Conforme Chizzotti (2001, p. 79), a abordagem qualitativa traz:

Parte do fundamento de que há uma relação entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objeto e a subjetividade do sujeito.

Utilizou-se, como complemento para a pesquisa, consulta a documentos do HCTP, do Serviço Social, bem como nos prontuários médicos, jurídicos, relatórios, estudos sociais e pareceres sociais dos internos do HCTP.

Foi de grande relevância a pesquisa documental, pois nela encontramos os dados relativos ao histórico social e familiar do paciente, assim como dados referentes às condições sócio-econômicas e a existência ou ausência de apoio ou resistência familiar.

O perfil dos portadores foi traçado com base na documentação, de maneira a situar o objeto da pesquisa, isso é, contextualizou-se o perfil do PTM como forma de trazer subsídios para analisar as implicações advindas com o provimento de cuidados na vida da mulher. Para situar a pesquisa cabe lembrar que, os pacientes internos são todos do sexo masculino, uma vez que, no HCTP não possui ala feminina. Como forma de manter o sigilo aos nomes dos pacientes, serão utilizados para identificá-los os números em inglês: **One, Two, Three, Four, Five, Six, Seven e Eight.**

Primeiramente, situaremos os tipos de transtorno mental, como base das análises posteriores. Segue tabela com o diagnóstico e a cidade de procedência do PTM:

Tabela 1 - Tipos de transtorno mental, quantidade de portadores e cidades de origem.

Tipo de transtorno mental	Quantidade	Cidade de residência
Esquizofrenia paranóide	3	2 em Florianópolis e 1 em Imarui
Esquizofrenia residual	1	Santo Amaro da Imperatriz
Transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas	2	2 em Florianópolis
Transtorno decorrente do uso de álcool	1	Camburiú
Deficiência mental associada à epilepsia	1	Florianópolis

Segundo a tabela, entre os 8 (oito) pacientes analisados, 3 (três) sofrem e esquizofrenia paranóide, **One e Five** que residem em Florianópolis, e **Six** que reside em Imaruí; 2 (dois) de transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas, **Two e Seven** que residem em Florianópolis; 1 (um) de transtorno decorrente do uso de álcool, **Three** que reside em Camburiu; 1 (um) de esquizofrenia residual, **Four** que reside em Santo Amaro da Imperatriz; e 1 (um) de deficiência moderada e epilepsia, **Eight** que reside em Florianópolis.

Segundo os dados, percebe-se uma predominância dos tipos de transtorno esquizofrênico, explicado devido a esse ser o transtorno mental mais freqüente, e ser desenvolvido devido a fatores ambientais, como conflitos familiares, estresse e depressão. Em relação ao transtorno mental decorrente do uso de drogas lícitas e ilícitas, este é normalmente desenvolvido por fatores como baixa auto-estima, sentimentos de impotência e tristeza. Percebeu-se, que os pacientes que residem em municípios urbanizados, são os mais acometidos de transtornos mentais, provavelmente por estarem mais expostos a situações ambientais que provoquem estresse e a sentimentos de insegurança frente às questões da vida urbana.

Entre os pacientes pesquisados na pesquisa, 4 (quatro) apresentam um grau moderado na intensidade da doença, **One, Two, Seven e Eight**; 3 (três) apresentam um grau leve na intensidade da doença, **Three, Four, Five**; e, 1 (um) que apresenta um grau elevado na intensidade da doença, **Six**.

Na amostra dos oito pacientes, constatou-se que os mesmos possuem idade entre 22 a 55 anos. A doença mental mostra uma progressão lenta o que dificulta o prognóstico precoce, assim como pelo fato desta poder ser desenvolvida ao longo da vida pela predisposição genética e/ou pelo uso de drogas lícitas e ilícitas.

Tabela 2 - Faixa etária e quantidade de PTM infratores, sujeitos da pesquisa.

Idade dos pacientes	Quantidade
21- 30	3
31-40	2
41-50	2
51-60	1

Em relação ao estado civil, 5 (cinco) são solteiros, **One, Four, Six, Seven e Eight**; e 3 (três) são separados, **Two, Three e Five**. Percebe-se que a doença afeta as relações dos

PTM na esfera matrimonial, pois devido às limitações da doença mental, não constituem família, ou quando a constituem e a doença se manifesta, ocorre a separação. A vida afetiva e conjugal tem relação direta com a cronicidade da doença, sendo que nos solteiros a doença mental já demonstrava sintomas na adolescência e nos separados evoluiu na vida adulta depois de terem constituído família. Em relação a filhos, somente os 3 (três) separados têm filhos, **Two** não mantém contato com seus dois filhos e não os ajuda financeiramente, sendo que as crianças residem com a ex-mulher; **Three** mantém contato com seus dois filhos mas não os ajuda financeiramente, também residem com a ex-mulher; **Five** mantém contato e ajuda financeiramente seus dois filhos, que também residem com a ex-mulher.

Os dados da situação civil dos pacientes conferem com a pesquisa de Marca (2002), que traçou o perfil da totalidade dos pacientes. Em relação ao estado civil da totalidade de pacientes, 71%, são solteiros, que a autora baseada nos prontuários médicos justifica devido à dificuldade de relacionamento. Dos divorciados, que representam 15% do total, a autora observou que, o processo de separação ocorreu após a manifestação da doença ou pelo freqüente abuso de drogas (lícitas ou ilícitas), sendo que os casados e os que vivem em situação marital somam 14%.

Entre os pesquisados, percebeu-se que a cronicidade da doença mental acarreta baixa escolaridade, 5 (cinco) são analfabetos ou apresentam dificuldades em ler e escrever, **One, Two, Four, Six e Eight**; 1 (um) tem o segundo grau incompleto, **Seven**; 1 (um) o segundo grau completo, **Five**; e 1 (um) com nível Técnico em Contabilidade, **Three**. Como a doença mental normalmente começa a se manifestar de forma lenta e na adolescência, acarreta dificuldades no aprendizado, realidade esta que se confirma nos pacientes envolvidos nesta pesquisa. Sendo que, **Two** e **Three** desenvolverem a doença mental pelo uso de drogas lícitas ou ilícitas na idade adulta, desta forma não concluíram os estudos por outros motivos sem a interferência da doença. Já no caso de **Seven**, este não concluiu os estudos por ter iniciado o uso de drogas aos 15 anos. Segundo Marca (2002) 67% dos pacientes não cumpriram o 1º grau escolar, dessa forma percebe-se que a amostra é compatível com a realidade da totalidade dos pacientes do HCTP.

Nesse sentido, percebe-se que a doença mental acarreta dificuldades no aprendizado, o que acarreta a desistência e/ou interrupção dos estudos quando do aparecimento da doença mesmo no caso dos pacientes que são portadores de transtorno leve.

Quanto à ocupação dos PTM, esses realizavam atividades de biscate ou autônomos. Dos pesquisados, apenas 1 (um) trabalhava com vínculo empregatício quando acometido do transtorno mental, **Three**, que trabalhava como vendedor imobiliário, não exercendo assim a profissão no qual se formou técnico.

Mencionando renda, cabe colocar que 6 (seis) são oriundos de famílias que recebem de 1 a 2 salários mínimos, 1 (um) tem renda familiar de três salários mínimos, **Five**; e 1 (um) **Three**, ao qual a família tem renda superior a cinco salários mínimos. Como foco de análise, tendo como base os prontuários do HCTP, percebeu-se, que a situação econômica das famílias no geral é vulnerável, podendo nesse sentido, o cuidado com um PTM, se configurar como mais um encargo financeiro a família e fator de resistência ao retorno do mesmo.

Os dados acima, conferem com o estudo de Rosa (2002), que aponta a população interna em hospitais psiquiátricos, como composta majoritariamente por usuários oriundos dos segmentos *assalariados e despossuídos*. Segundo a autora, o hospital psiquiátrico se configura numa modalidade assistencial para o tratamento da pobreza, pois significa um desengargo de uma série de atividades e investimentos econômicos para a família, além de disponibilizar o cuidador para o mercado de trabalho.

Dessa forma, os resultados obtidos conferem com a pesquisa de Marca (2002), pois a autora pontua que a população de internos, é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada entre 21 a 61 anos, em idade ativa e produtiva para o mercado de trabalho e constituição de família. Sendo em sua maioria de condição socioeconômica precária e com baixa escolaridade.

Devido à dificuldade de inserção no mercado de trabalho encontrada pelos PTM, o setor de Serviço Social, viabiliza o agendamento e perícia médica junto ao INSS, nesse sentido: 1 (um) recebe o BPC/LOAS, **Six**; 3 (três) se encontram na lista de espera da instituição para a entrada no citado benefício, **One, Two e Seven**. Os outros casos se configuram, dessa forma: 2 (dois) são aposentados por invalidez, **Four e Eight**; 1 (um) outro, com um quadro leve da doença apresenta condições de no pós-alta retornar ao mercado de trabalho, **Five**; e 1 (um) já recebeu alta e a família pretende dar entrada no benefício, **Three**. A tabela abaixo mostra a situação de cada paciente em relação ao benefício ou aposentadoria:

Tabela 3 - Quantidade de PTM em relação à situação trabalhista e previdenciária.

<u>Situação trabalhista ou previdenciária</u>	<u>Quantidade</u>
---	-------------------

Possuem BPC	1
Aposentados por invalidez	2
Estão na espera	4
Sem pretensões	1

Na análise dos dados, percebe-se uma predominância nos pacientes que estão à espera da entrada do BPC/LOAS, posto que dos 4 (quatro) que estão a espera, 3 (três) o Serviço Social dará entrada e 1 (um) está sob a responsabilidade da família. Situação pouco vista no HCTP, posto que as famílias normalmente colocam o benefício como obrigação das Assistentes Sociais, fato observado pelas cobranças vivenciadas no período de estágio.

Em relação a **Six**, o Serviço Social viabilizou seu benefício; **Four** e **Eight** já deram entrada na instituição aposentados; no caso de **Five**, a família acredita que este terá condições de retornar ao mercado de trabalho por contar com 22 anos, estando assim em idade produtiva e com o quadro de saúde mental compensado.

O estudo de Marca (2002) com todos os internados, sobre a situação previdenciária demonstra que, 43% dos internos recebem algum tipo de benefício. A aposentadoria representa 70% destes, isto se dá pelo fato de que muitos pacientes já receberam auxílio-doença, e não podendo voltar ao mercado de trabalho, acabaram aposentando-se. Outros 24% recebem o BPC/LOAS. Dessa forma, percebe-se que os dados deste trabalho conferem com a pesquisa do perfil dos PTM do HCTP de Marca (2002).

Outro fator que deve ser levado em conta, é o uso de drogas lícitas e ilícitas, que no caso dos pacientes analisados nesta pesquisa, 6 (seis) fazem uso de drogas de forma constante, e 2 (dois) não usam nenhum tipo de droga, **Four** e **Six**.

O uso excessivo de drogas configura-se, como visto nos prontuários médicos e jurídicos, como um fator determinante para a reinternação, pois é um fator que contribui na manifestação de sintomas ou da própria doença. Dos 8 (oito) pesquisados, 3 (três) são reincidentes, **One**, **Three** e **Six**. **One** e **Three** reinternaram devido a um surto psicótico associado ao uso de drogas, sendo que **Six** que nunca fez uso de nenhum tipo de droga, reinternou no HCTP sem ter cometido novo delito, mas pelo fato de ter se mostrado agressivo. Dos 6 (seis), 2 (dois) faziam uso apenas de álcool mas em grande quantidade, 2 (dois) faziam uso de maconha, e 2 (dois) além do uso de álcool e maconha, usavam crack e cocaína. Percebeu-se que o álcool e a maconha são as mais freqüentes. O que também

confere com a pesquisa de Marca (2002), segundo ela, 42% dos pacientes faziam uso de drogas lícitas ou ilícitas. Dentre as quais conferindo o álcool e a maconha foram pontuadas como as mais freqüentes.

O caso de **Six**, que tem um transtorno mental de grau elevado e não cometeu novo delito, se configura numa realidade vivenciada pelos PTM que já tiveram passagem pelo HCTP, pois mesmo não cometendo novo delito a família buscou a reinternação do PTM quando de um surto psicótico. No período de estágio, se observou que muitos familiares para reinternarem seu PTM, alegam agressividade e risco de vida. A reinternação, deveria acontecer nos casos de novo delito, mas parece que as autoridades competentes aprovam a reinternação sem averiguar detalhadamente as situações, desconhecendo a existência de serviços extra-hospitalares que são eficientes e não privariam a liberdade do PTM.

Em relação aos atos infracionais, segue tabela ilustrativa:

Tabela 4 - Quantidades de atos infracionais cometidos pelos PTM internados no HCTP, sujeitos desta pesquisa:

Tipo de ato infracional	Quantidade
Atentado violento ao pudor	3
Roubo	2
Tráfico de drogas	2
Agressão com lesão corporal	1

Conforme a tabela, entre os 8 (oitos) pesquisados, 3 (três) cometeram o delito apontado como atentado violento ao pudor, o qual se configura como violência à pessoa sem produção de lesões corporais (agressões e ameaças), **Three, Four e Eight**; 2 (dois) roubo, **One e Two**; 2 (dois) tráfico de drogas, **Five e Seven**; 1 (um) agressão com lesão corporal, **Six**. O resultado da análise, vem comprovar uma das principais características da doença mental, falta de tolerância ao estresse e as negativas recebidas, fato pelo qual costumam ser agressivos quando contrariados e/ou em surtos psicóticos. Sendo que, nos casos de roubo, os PTM não demonstram ciência de que estão fazendo algo delituoso. Já nos casos de tráfico de drogas, os pesquisados realizavam o tráfico com a ciência de que estavam infringindo a lei, conforme os prontuários do HCTP.

Em referência ao tempo de condenação, **One** cumpriu um ano e esta a espera do laudo que foi favorável a sua saída; **Two**, espera a sentença judicial de condenação; **Three**, deveria cumprir um ano, mas seu laudo foi antecipado devido às boas condições do

paciente e ao apoio familiar; **Four**, veio para Laudo de Insanidade Mental e permaneceu três meses no HCTP e já obteve alta; **Five**, já teve alta, permaneceu três meses no HCTP para tratamento, em vista a intercorrências psiquiátricas no decorrer de sua pena na Penitenciária de Florianópolis; **Six**, permanece na instituição mesmo já tendo cumprido um ano, ao qual foi sentenciado, devido aos pais serem idosos e mostrarem um certo receio de receber o paciente; **Seven**, foi sentenciado há um ano e ainda a esta cumprindo; e, **Eight**, foi sentenciado a três anos e seu laudo será feito ainda este ano. A mãe **Violeta**, relata não ter clareza ainda da decisão de receber o paciente ao seu convívio familiar. No caso de **Six** e **Eight**, ao qual realizaram o delito contra a família, seus familiares mostram receio e dúvidas quanto à conduta que o paciente poderá ter quando em alta, já nos outros casos, os familiares mostram-se abertos ao retorno do PTM seja por não sustentarem um medo, ou por considerarem o delito sem grande importância. Nesse sentido, aparece a resistência familiar, que se configura nesses dois casos, pelo medo em relação ao paciente.

Situando as características dos pacientes internados no HCTP, analisa-se que os PTM analisados são vulneráveis pelas limitações que a doença mental traz a sua individualidade e ao seu convívio social, da mesma forma que influencia diretamente nas suas relações sociais com seus familiares. Normalmente, a doença mental os torna dependentes de algum membro de seu núcleo familiar, que habitualmente é a mulher, ao qual assume um papel de principal cuidadora.

Nesse sentido, historicamente, houve uma naturalização do papel da mulher como provedora de cuidados aos enfermos, pois o provimento de cuidados é visto como um trabalho eminentemente feminino que apresenta valor social insignificante.

Como a prestação de cuidados é normalmente condicionada a mulher e a população do HCTP se configura como dependente de cuidados, por isso, essa pesquisa trará como foco a mulher como principal cuidadora do PTM. Visando manter os nomes das entrevistadas em sigilo, serão utilizadas para identificá-las, nomes de flores: **Rosa, Bromélia, Orquídea, Girassol, Margarida, Violeta, Lírio e Begônia**. A tabela abaixo, mostra a associação das cuidadoras ao paciente:

Tabela 5 - A associação dos pacientes as cuidadoras.

Nomes fictícios dos pacientes	Nomes fictícios das cuidadoras
One	Lírio
Two	Begônia

Three	Margarida
Four	Rosa
Five	Bromélia
Six	Orquídea
Seven	Girassol
Eight	Violeta

Na entrevista com as cuidadoras, o roteiro contemplou oito perguntas abertas e quatro fechadas. Sendo que, agrupou-se as respostas visando ver suas semelhanças e particularidades. Primeiramente, colheu-se os dados de identificação do perfil das entrevistadas, assim como, a qual paciente presta os cuidados e seu grau de parentesco.

Segue tabela com os dados referentes à idade da cuidadora em relação ao PTM e seu grau de parentesco:

Tabela 6 - Relação dos nomes e idades dos pacientes, idade das cuidadoras e grau de parentesco com o PTM infrator.

Paciente	Idade do paciente	Idade da Cuidadora	Diferença de idade	Grau de parentesco
One	41	73	32	Mãe
Two	28	53	25	Mãe
Three	54	74	20	Mãe
Four	40	33	-7	Irmã
Five	22	30	8	Irmã
Six	44	73	29	Mãe
Seven	27	55	28	Mãe
Eight	31	61	30	Mãe

Dentre as oito cuidadoras, 6 (seis) são as mães do paciente e 2 (duas) são irmãs, fato explicado por nesses dois casos a mãe se mostrar impossibilitada de prover o cuidado do PTM. Cabe salientar, que em relação ao início da prestação de cuidados, todas foram unânimes em colocar que foi com o aparecimento dos sintomas que se iniciaram a prestação de cuidados. Na análise dos dados, observa-se que as cuidadoras por normalmente serem mães, apresentam uma diferença de idade entre 20 a 32 anos em relação ao paciente. Situação que se deve também ao fato das gerações mais velhas terem

filhos em idades mais novas, normalmente por casarem muito jovens. **Bromélia** e **Rosa**, se configuram como irmãs dos pacientes. Em relação à idade dos PTM e suas irmãs, a diferença é mínima, como no caso de **Five**, que é oito anos mais novo que **Bromélia**, e **Four** que é sete anos mais velho que **Rosa**. Diferenças essas que não influenciam no respeito as cuidadoras, que se configuram como ponto de referência do paciente assim como num *porto seguro* quando da alta.

No item escolaridade, 2 (duas) entrevistadas são analfabetas, não lendo e escrevendo, **Lírio** e **Orquídea**; 5 (cinco) têm o 1º grau incompleto, **Begônia**, **Margarida**, **Rosa**, **Girassol** e **Violeta**; e 1 (uma) possui nível técnico, **Bromélia**. Fato explicado pelo fato, das mães não terem tido acesso à alfabetização quando crianças, seja pela distância entre a residência e a escola, seja pela ideologia da época que não valorizava a escolarização da mulher. Segue tabela com os dados relativos a escolaridade das cuidadoras:

Tabela 7 - Nível de escolaridade das cuidadoras.

Nível de escolaridade	Quantidade
Analfabeta	2
Ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª)	3
Ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª)	2
Ensino fundamental completo	—
Ensino médio incompleto	—
Ensino médio completo	1 Técnico

Para fins da análise, usar-se-á a expressão analfabeta para designar as cuidadoras que não sabem ler e escrever, sendo que hoje o termo é usado para designar pessoas que não terminaram o ensino fundamental (1º grau). O que se percebe é que a falta de instrução acarreta falta de informação, sendo que, entre as sete entrevistadas que possuem baixa escolaridade, estas apresentam mais preconceitos em relação à doença mental e desinformação quanto aos direitos dos PTM. Fato posto por **Bromélia**, que conclui um curso Técnico em Enfermagem, mostrar-se esclarecida quanto à doença mental, as limitações e preconceitos ao qual os PTM encontram-se expostos.

Em relação à ocupação das cuidadoras, segue tabela demonstrativa:

Tabela 8 - Situação de ocupação das cuidadoras.

Ocupação das Cuidadoras	Quantidade
Do lar	1
Aposentada	5
Autônoma	1
Ocupação formal	1

Como visto, 5 (cinco) são aposentadas, **Lírio, Margarida, Orquídea, Girassol e Violeta**; 1 (uma) do lar, **Rosa**; 1 (uma) autônoma (diarista), **Begônia**; e 1 (uma) é técnica em enfermagem, **Bromélia**. Como a uma predominância das aposentadas, percebe-se que a uma disponibilidade maior de tempo para a prestação de cuidados ao PTM. O mesmo é observado nos outros casos, **Rosa**, é do lar; **Begônia**, trabalha como autônoma, exercendo atividades de faxina, mas conta com flexibilidade nos horários e dias de trabalho; e também, **Bromélia**, que trabalhando num hospital onde não tem dias e horários fixos, consegue conciliar o cuidado com o trabalho. Nesse sentido, percebe-se que das oito cuidadoras analisadas nesta amostra, todas contam com algum tempo livre para conciliar suas atividades com o provimento de cuidados.

A estrutura familiar da residência onde o PTM irá residir pós-alta, se configura assim: 4 (quatro) residirão numa família conjugal (cuidadora, marido e filhos); 3 (três) em famílias monoparentais (ausência de um dos cônjuges); e, 1 (um) em uma família conjugal ampliada (outros parentes além do núcleo básico).

Tabela 9 - Descrição da estrutura familiar da cuidadora.

Estrutura familiar	Quantidade
Família conjugal	4
Família conjugal ampliada	1
Família monoparental	3
Família unipessoal	—

Analisou-se que, 4 (quatro) pacientes residirão em famílias conjugais. Já em relação às outras unidades familiares, estas se configuram como novos arranjos familiares, que tomaram visibilidade política e econômica só a partir dos anos de 1990. Nesse sentido, a família monoparental, que aparece em 3 (três) dos casos estudados, se configura como de chefia feminina, sendo que duas devido à morte do cônjuge e uma pelo divórcio.

Em referência aos outros dois casos, a família conjugal ampliada aparece como uma realidade entre as famílias com rendas entre 1 a 2 salários mínimos, onde membros de fora do núcleo familiar se agrupam como forma de subsistência, este é o caso da família de **Six**, onde os netos e uma filha separada de **Orquídea**, residem sob o mesmo teto. As famílias unipessoais, não aparecem na amostra, e é uma realidade pouca vista no HCTP, devido ao fato do PTM, normalmente, ser dependente de cuidados e assim não conseguir se gerir sozinho. Mas, como se percebeu pela observação, no tempo de estágio, o paciente que apresentar condições de se responsabilizar pelo seu próprio cuidado após o cumprimento da medida de segurança e contar com uma renda (benefício ou aposentadoria) terá possibilidades de dar saída da instituição morando sozinho, sendo assim considerado uma família unipessoal.

Na seqüência, iremos identificar o contexto e os por quês no qual as mulheres entrevistadas assumiram o cuidado pelo PTM. Começamos com **Bromélia**, irmã de **Five**, possui 30 anos, e trabalha como técnica de enfermagem, vive com uma renda de 3 salários mínimos, é casada e possui dois filhos pequenos, um menino e uma menina. **Bromélia** mora na casa ao lado da mãe, sendo que seus pais são separados, relata que assumiu o cuidado de **Five** pelo fato da mãe ser usuária de drogas e ser a única irmã do paciente. Segundo ela:

Os meus pais são separados, meu pai fez nova família e minha mãe... É usuária de drogas. E como ele só tem a mim de irmã, eu vou cuidar dele.

Já no caso de **Rosa**, irmã de **Four**, está possui 33 anos, é do lar, casada e com duas filhas pequenas, sobrevive com uma renda de 1 (um) salário mínimo. **Rosa** reside perto da casa da mãe, e diz ter assumido o cuidado do irmão pelo fato da mãe ser doente do coração e por ser irmã, sendo que está é a mais velha de uma prole de cinco. Segundo ela, assumiu o cuidado:

Porque a gente é irmão. A gente se criou junto. E a mãe é doente. E também a gente sempre tem cuidado com um irmão.

A mãe é a principal cuidadora, mas quando se encontra impossibilitada para assumir o cuidado, está ou é doente ou encontra-se sobrecarregada com outros encargos, assim na ausência ou impossibilidade da figura da mãe prover o cuidado, a filha/irmã, freqüentemente a mais velha, assume o lugar da mãe. (ROSA, 2003). Fato que fica

evidente no caso de **Bromélia** que cuida pelo fato da mãe ser usuária de drogas e também no caso de **Rosa** que cuida devido à doença da mãe e por ser a mais velha entre os irmãos.

Nos reportemos agora, a destacar os motivos que levaram as mães a assumir o provimento de cuidados ao PTM. As seis entrevistadas foram unânimes, relataram que assumiram o cuidados por serem mães e assim sendo sentem a obrigação de cuidar. Cito abaixo quatro relatos que exprimem essa visão:

Como mãe. Eu sou a mãe, eu pus no mundo. Eu tenho que cuidar. Ele tem que ficar comigo, mãe é mãe. (Lírio).

Pois agora, eu era obrigada, minha filha. Cuidar dele, pois eu era a mãe, não podia desprezar ele por nada nesse mundo. Não desprezava o meu filho. É o maior motivo, eu era mãe dele, coloquei ele no mundo. Ele estava no mundo por que? Por causa de mim. (Orquídea).

Na verdade, é porque ele é filho. Eu não vou botar ele pra rua, porque é filho. Eu acho que é um compromisso. (Margarida).

Porque é amor de mãe. A gente é mãe, ele é meu filho. Então mãe é mãe. Então se Deus é o nosso pai, Ele cuida de nós, então mãe tem que cuidar dos filhos, dos filhos de Deus na Terra. (Violeta).

Percebe-se, que a mãe tanto é pressionada socialmente para assumir o provimento de cuidado, quanto o tem internalizado como um encargo natural que lhe é devido, em função da maternidade. Sendo reforçado também pela ideologia expressa no *mito do amor materno*, que coloca o amor como inato da mulher, que relaciona a capacidade biológica da mulher em gerar ao social, isso é, a maternagem, embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada por ela durante seu processo de socialização. (ROSA, 2003). As mulheres, nas suas falas parecem expressar um compromisso que não pode se desfazer: o ser mãe. Uma delas compara seu compromisso de cuidado com a crença de que é Deus que cuida dos homens.

Há uma grande dificuldade de desencantar a relação mãe-filho que persiste no imaginário social como algo natural, divino. É de tal forma internalizado, que os demais familiares e parentes próximos não se reconhecem com o compromisso de auxiliar no provimento de cuidados dos seus entes doentes. Das seis mães, todas relatam que o cuidado é exclusivo delas, mesmo quando existe a figura do pai e dos irmãos, estes aparecem como figuras secundárias, onde mesmo que a mulher peça auxílio, este se configura apenas no *olhar* o paciente, prevalecendo dessa forma, a mãe como figura

central na prestação de cuidados. Dos relatos selecionou-se dois que configuram mais claramente esse cuidado exclusivo da mulher ao PTM:

Só eu. O pai como eu disse não aceita ele e os irmãos não estão nem aí. [...] a irmã que gosta dele, só aceita dar uma olhada nele quando eu preciso, tem pena. (Begônia).

Eu, o pai e a avó, [...] Mais sou mais eu, porque sou assim, eu sou mais batalhadora, eu vou atrás, eu consigo as coisas. Pro Seven sou eu, toda vida fui eu. (Girassol).

Nos relatos das seis cuidadoras, ficou evidente o papel da mãe na vanguarda do cuidado, sendo que no caso das duas irmãs, **Bromélia** e **Rosa**, constatou-se a mesma situação na medida que estas também prestam o cuidado de forma exclusiva. Conforme seus relatos:

[...] sou eu que tomo a frente. [...] o pai e a mãe só visitam. Não querem se envolver, cuidar. (Bromélia).

A mãe [...] e os meus irmãos ajudam a cuidar dele também. Mas (suspiro), a gente se vira como pode. (se referindo a sobrecarga sobre si e seu núcleo familiar). (Rosa).

Analisa-se que as cuidadoras tendem a tomar para si todos os encargos e processos inerentes ao cuidar, aceitando incondicionalmente ser a cuidadora, por julgarem ser de sua responsabilidade. Os dados obtidos conferem com Rosa (2003), que coloca o cuidado como uma atividade feminina remetida frequentemente à mãe, e na falta desta a uma irmã normalmente mais velha.

Quando perguntado as entrevistadas, se a função de ser cuidadora traz limitações a sua vida pessoal, 5 (cinco) relataram sentir limitações e 3 (três) relataram não considerar a prestação de cuidados como um fator limitante de sua vida, **Bromélia**, **Rosa** e **Violeta**. Segundo os relatos mais significantes:

Limita tudo, limita muito. Desde que esse guri sofreu da doença, eu não saio mais de casa, só saio para visitar meu pai ou ir a missa. Não vou quase a lugar nenhum, não vou a festas, não vou a lugar nenhum. [...] Quem tem um filho assim é muito limitada à vida [...]. (Girassol).

Eu deixo de fazer alguma coisa, é sair e deixar ele sozinho, é difícil. [...] É o lazer. Sabe, a gente fica muito presa. (Margarida).

Traz, [...] Porque ele não passa de uma criança, porque a pessoa doente não passa de uma criança. Talvez uma criança ainda sai brincar e não deixa de ficar brincando, mas a pessoa doente da cabeça, meu Deus! [...] Eu não podia sair. (Lírios).

Traz, traz. Eu não saio, quando é pra cuidar dele, não. Quando ele estava com a gente, eu não saia, não tinha maneira de sair, não tinha jeito. Era só pra cuidar dele. (Orquídea).

Analisou-se que, as cuidadoras tendem a superproteger os PTM, os privando de autonomia nas atividades diárias e tratando-os como a crianças. Nesse sentido, ocorre um processo de infantilização, onde se restringe a autonomia do PTM, e conseqüentemente, também a da cuidadora, que desprende uma maior parcela do seu tempo, protegendo ou realizando atividades que o PTM poderia ajudar ou realizar sozinho.

O que se percebeu nas observações realizadas no estágio, é que as mulheres no geral, não costumam falar das limitações que o transtorno mental traz as suas vidas, ou quando o falam não se aprofundam. A mulher, temendo as represálias da sociedade, sociedade esta que pressiona e reforça o cuidado como papel da mulher, se cala ou omite seus sentimentos em relação ao *peso* do cuidado, tanto que nenhuma das entrevistadas colocou o cuidado como um *peso*, e sim, como uma obrigação inerente a sua condição de mãe. Cabe considerar, que devido ao fato do HCTP ser uma instituição penal, pode ter havido um temor por parte das entrevistadas em falar abertamente. O imaginário popular, normalmente associa o termo polícia a repreensão, então não deve ser descartada a possibilidade do temor em entrar em assuntos relacionados ao PTM infrator, e conseqüentemente a vida da cuidadora e da família no âmbito doméstico.

Dentre os portadores de transtorno mental pesquisados, como já citado, 4 (quatro) apresentam um grau moderado, 3 (três) um grau leve, e, 1 (um) um grau elevado na intensidade da doença. Cabe pontuar que serão citadas algumas características semelhantes nos diversos transtornos mentais, sendo que, cada transtorno mental possui suas peculiaridades, que também podem ser agravadas por situações ambientais e pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. Considerando assim: nos casos de grau leve, o PTM demonstra períodos de lucidez e coerência onde exerce atividades motoras e intelectuais com um bom desempenho, sendo que quando em surto psicótico apresenta delírios e alucinações. Nos casos de grau moderado, o PTM além de apresentar delírios e alucinações, consegue gerir cuidados pessoais e algumas atividades, como as domésticas e as pequenas voltas sozinho, como: ir a padaria, a casa de um parente próximo. Nos casos de intensidade elevada, como *Six*, a limitação é bem maior, pois são agressivos e delirantes a maior parte do tempo,

necessitando assim de constante vigilância. Sendo que, o adiamento no tratamento da doença, produz uma gradativa piora do quadro de evolução da doença, podendo levar a cronificação, aumentando assim o grau de comprometimento do paciente e a dependência deste a cuidadora, interferindo assim, na individualidade da mulher. Nesse sentido, observa-se que, as características citadas conferem com os casos dos pacientes pesquisados.

No caso das três cuidadoras que não consideram o provimento de cuidados como um fator limitante de sua vida pessoal, 2 (duas) relataram não deixarem suas atividades cotidianas devido ao cuidado com o PTM, e 1 (uma) se reportou ao sentimento de amor, como justificativa a não sentir limitações em prestar cuidados. Segundo os relatos:

Eu acho que não, que no caso como a gente gosta muito dele, dá para conciliar bem. (Rosa).

Quando ele estava em casa antes de internar aqui, eu o deixava no quarto, nunca deixei de sair. (Violeta).

Não atrapalha nada. Eu já disse pra ele: [...] “onde eu for tu vai junto com a mãe”. (Begônia).

Considerando que, **Four**, irmão de Rosa e **Five**, irmão de Begônia, apresentam um grau leve na intensidade da doença, a prestação de cuidados a eles, não precisa ser tão intensa, requerendo no máximo orientações das cuidadoras. Este fato, justifica os relatos das duas citadas, ao qual não consideram a prestação de cuidados como um fator limitante de suas vidas. Já no caso de **Violeta**, esta relata que não sente limitações pelo fato de trancar **Eight** no quarto quando deseja sair. Este fato consiste numa realidade questionável, pois a cuidadora usa do trancafiamento como forma de contenção do PTM, isso é, usufrui sua liberdade cerceando a do PTM.

Um relato interessante ainda sobre a questão da limitação, foi em relação à subjetividade da cuidadora, que conforme o relato configura-se mais num sentimento de impotência frente à situação a doença mental do que em uma limitação, segundo o relato:

Eu acho que a maior limitação é o bem-estar da gente, porque a gente não tem como estar bem, se ele não estiver bem. Isso, eu acho que é a maior limitação, o maior problema, a preocupação. (Bromélia).

Uma das questões era em forma de assinalar, esta solicitava que se assinalasse em qual área ou quais áreas, o provimento de cuidados ao PTM influenciava com mais

intensidade. Sendo que estavam enumeradas as seguintes categorias: geração de renda (trabalho), vida conjugal, cuidados pessoais, lazer e saúde. Entre as oito cuidadoras, nenhuma assinalou todas as alternativas, sendo que 4 (quatro) assinalaram apenas a opção lazer. Considerando que as quatro são aposentadas, acredito que apenas cuidando do lar e do PTM, sem ter um compromisso profissional, essas cuidadoras apresentam tempo tanto para prover cuidados de forma mais intensiva, como para as suas atividades cotidianas, só sentindo-se limitadas no lazer devido ao fato de terem receio de deixar o PTM sozinho. Cabe expor que 1 (uma) é viúva (**Margarida**), 1 (uma) é separada (**Violeta**), e 2 (duas) são casadas (**Girassol e Orquídea**). Nos casos de **Margarida** e **Violeta**, analisou-se que existe uma maior disponibilidade temporal e afetiva para o cuidado com o PTM, pois tendo idades mais avançadas já contam com filhos adultos que já deixaram o lar, havendo assim uma solidão e necessidade de ocupar seu tempo. No caso de **Margarida**, esta ainda conta com a presença do filho mais novo, o que não diminuiu sua vontade de que **Three** retornasse ao convívio familiar. Esta consideração pode ser ilustrada com as considerações de Rosa (2003, p. 308):

Os cuidadoras com idade avançada, sobretudo do sexo feminino, por terem uma aposentadoria assegurada que, muitas vezes, se soma ao ganho previdenciário do PTM, ao terem sua sobrevivência básica relativamente garantida e não se sentirem pressionados a se engajar no mercado de trabalho, sentem-se liberados para se dedicar a prestar cuidado ao PTM [...].

Considerando que 4 (quatro) das cuidadoras apresentam idade superior a 60 anos, o que se configura em uma idade avançada, nessa faixa etária o cuidador encontra-se também como demandante de cuidados de terceiros. Sendo então ao mesmo tempo, cuidador de um enfermo e demandante de cuidados pelas limitações advindas da velhice, em especial em relação à saúde que é mais debilitada e/ou a dificuldades na locomoção.

Deve ser considerada também a idade, que é o maior fator de risco de doenças degenerativas e incapacitantes. Nesse sentido, a cuidadora idosa além de prover o cuidado do PTM, precisa promover a sua própria saúde, que devido a doenças típicas da idade, como: dores lombares, depressão, pressão alta, artrite e reumatismo, problemas cardíacos, diabetes e entre outras, necessita de uma atenção contínua, assim como acompanhamento médico. Mas, o que observa na realidade das cuidadoras idosas, é que a uma priorização do cuidado ao PTM em detrimento da própria, assim como uma dificuldade da cuidadora de ausentar-se do lar por algumas horas, devido à exclusividade do cuidado ao PTM. Assim, com o decorrer dos anos, e o conseqüente agravamento da doença mental, será cada vez

mais exigido da cuidadora, que cada vez mais, terá menos tempo para o cuidado com sua saúde. (KARSCH, 2003).

As demais entrevistadas apontaram que o provimento de cuidados, influência com mais intensidade na sua vida da seguinte forma: **Begônia** assinalou duas opções, a opção geração de renda (trabalho) e a opção vida conjugal. No caso de **Begônia**, que realiza faxinas como forma de complementar a renda familiar, que totaliza dois salários mínimos mensais.

A feminização do encargo de assistir o PTM está enraizado no imaginário social, onde se vincula a mulher a esfera doméstica. A mulher tem que dividir o seu tempo entre a esfera privada e a pública, isso é, elas têm que dividir o seu tempo entre cuidar dos afazeres domésticos, prestar assistência ao PTM e gerar a renda. Nesse sentido, a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho deu visibilidade à tensão entre o tempo de cuidados e as exigências do trabalho mercantil. No entanto, esta visibilidade não está nas instituições responsáveis pelas políticas sociais um serviço que atenda esta necessidade. (ROSA, 2003).

Outra peculiaridade desse caso é **Begônia** ter assinalado também a opção vida conjugal, segundo ela o prover cuidado influência no seu casamento devido ao marido não aceitar **Two**. Ela diz que **Two** não é filho de seu atual esposo, mas que este o criou desde os cinco meses de idade, e justifica que seu esposo não o aceita pelo fato de sentir medo do PTM. Segundo **Begônia**, o marido ameaça pedir a separação se **Two** retornar ao convívio familiar, ela também relata que cuidará de seu filho mesmo que isso signifique a dissolução de seu casamento de 28 anos. Segundo seus relatos:

*O meu marido diz que prefere até se separar de mim, a trazer ele pra morar com a gente, porque ele sabe que não vai agüentar me ver passando trabalho. Então esta assim, eu tenho que arrumar um jeito de arranjar uma aposentadoria pra ele, porque eu não sei como vou fazer quando ele sair daqui. [...]. Se precisar fazer a separação pra eu cuidar do meu filho, eu faço. (**Begônia**).*

A mulher além de assumir o protagonismo do cuidado, assume de tal forma essa tarefa com o PTM, que em vistas a dedicação a essa função, renúncia e auto-sacrifica sua individualidade. Tal dedicação vem atribuída a conceitos simbólicos de mistificação da maternidade, que objetivam não dar visibilidade a sobrecarga emocional, a divisão sexual do trabalho, a gratuidade do trabalho feminino e contribui para reforçar a construção de mecanismos de manutenção da mulher na esfera doméstica (privada). (ROSA, 2003).

Em relação às outras entrevistadas, 1 (uma) assinalou a saúde como a área mais influenciada pelo cuidado, **Lírio**, que tem 73 anos confirma o fato, pois sofre do coração e sendo assim diz que tem que tomar cuidados especiais em relação a sua saúde. Assim, prover o cuidado de **One**, fragiliza a sua saúde, já que segundo ela não pode se incomodar, além também da influência do cuidado em sua saúde mental, devido à preocupação que sustenta por **One** retornar a fazer uso de drogas no pós-alta.

As duas últimas, **Bromélia** e **Rosa**, não assinalaram nenhuma opção por entenderem o cuidado como já descrito em suas falas, como um *ato de amor* e atribuição da família de origem. O que confere com Rosa (2003) que remete que o cuidado frequentemente é associado como uma obrigação familiar, sofrendo pressão social para se encarregarem de seu enfermo.

Com a constatação que o provimento de cuidados influencia na vida da cuidadora, questionou-se quais os tipos de cuidados prestados, e, que conseqüentemente acarretam as influências e limitações à vida das cuidadoras. Sendo que, os pacientes relacionados as cuidadoras são todos de grau leve ou moderado, os cuidados ficam mais na orientação para a higiene pessoal e alimentação, não se configurando nenhum caso de dependência total da cuidadora.

Chegou-se a uma unanimidade em relação a um quesito, que é considerado a principal forma de cuidar, a vigilância, que se dá pelas desconfianças que a cuidadora alimenta do PTM. Segundo os relatos, em relação à vigilância:

Eu ficava atrás dele de manhã, de tarde e de noite. Quantas vezes eu e o meu marido andamos de madrugada com um pau desse tamanho (gesto de grande) atrás dele, até na favela a gente andava [...] Sempre vigiando. [...] Quando ele sair daqui [...] eu vou ter uma vigia especial a ele. (Girassol).

Tinha muito cuidado com ele, meu Senhor. Saíamos de noite, nos íamos de noite pra rua, anda a noite inteirinha, inteirinha. Nós ficávamos acordados cuidando dele. Eu mesmo não dormia. (Orquídea).

Cuidar eu estou sempre cuidando, eu estou sempre orientando. Sempre vigiando, de noite eu chaveio ele, senão ele pode fugir, ficar vagando. (Violeta).

A liberdade e a tranqüilidade da cuidadora fica cerceada pela necessidade da vigilância, pois vigiando o PTM esta garantindo a segurança de si própria e dos demais membros da família, pois assim se evita fugas, riscos de atropelamento e de agressões ao PTM quando no âmbito da rua. Esse controle comportamental do PTM, exige do cuidador dedicação em termos temporais e emocionais, o que compromete a sua individualidade. Há

uma sobrecarga temporal e emocional, onde a cuidadora sente um sentimento de impotência em responder as demandas da prestação de cuidados, o que pode causar danos a sua saúde mental, como o estresse e a ansiedade. (ROSA, 2003).

A hipervigilância compromete nesse sentido outros aspectos da vida da cuidadora, sendo que estes não foram mencionados ou mesmo não são conscientes, como a secundarização de outras dimensões da sua vida. Percebeu-se, que a hipervigilância compromete o descanso e são freqüentes as interrupções do sono. Nesse sentido Rosa (2003) salienta que a uma somatória das cargas psíquicas que pesam sobre o cuidador, expresso em: estresse + noites sem dormir + cuidado ininterrupto + insegurança +... o que acarreta um desgaste mental. A autora (2003, p. 287) complementa com a seguinte exposição: “exatamente à noite é que a carga de preocupação do cuidador é maior, em virtude do risco de relaxar a intensidade da vigilância. Mas a vigilância é permanente, o que exige um cuidador disponível temporalmente.”.

A vigilância também aparece como forma de conter o PTM frente ao sentimento de medo e de precaução que a cuidadora sustenta. Conforme Rosa (2003) o homem enfermo carrega ainda a desvantagem de ser reconhecido como um sujeito com maior força física. Nesse sentido, a mulher, como principal cuidadora, tem dificuldade na sua contenção física e no próprio cuidado, pois o medo se interpõe de forma mais explícita.

Das entrevistadas, apenas uma admitiu alimentar um sentimento de medo pelo PTM, **Orquídea**, fato explicado por **Six** ter atirado um tijolo na cabeça do pai, agressão que quase o levou a óbito. Já nos demais casos o delito cometido não se efetivou contra ninguém do núcleo familiar, o que explica os relatos colhidos. O medo quando não explicitado aparece na preocupação constante de não deixar objetos expostos, nas orações e na atitude de ficar *ajeitando-o*. Atitudes constantes de observação e de ficar na defensiva, conforme expressa os depoimentos a seguir:

Nunca tive medo dele. Nunca, nunca. Nunca ele me machucou, porque eu ia ajeitando ele, ajeitando e também o que eu tinha dentro de casa eu escondia, eu não deixava nada a vista, faca, garfo, nem uma madeira. [...] Nunca tive medo, mas tinha precaução guardava tudo. (Lírio).

Medo dele eu não tenho, nunca tive [...] mas Deus disse: “orai e vigiai”, então nos temos que vigiar. Mas nunca tive medo dele. (Violeta).

Para dizer a verdade eu não tenho medo. Às vezes, os filhos dizem: “Mãe cuida, mãe cuida!”, porque ele andava com faca e chave de fenda no bolso. Por isso, sempre olhando porque nunca se sabe. Não pode ficar sem observação. (Margarida).

Estas cuidadoras, por seus relatos devem viver em tensão constante, mas não conseguem tornar esta situação consciente, diante da subalternidade, renúncia e estresse que envolve seu dia-a-dia. Portanto, parece que há necessidade de se pensar serviços sociais que apóiam não só o PTM, mas também o seu cuidador. Assim, cuidar de quem cuida, é também uma demanda para os profissionais da área social e da saúde, assim como da família.

Em relação ao uso da renda dos pacientes, provenientes do BPC/LOAS ou da aposentadoria, perguntou-se de que forma é utilizado. Das entrevistadas, 3 (três) expressaram que utilizam ou utilizarão o dinheiro para fins de provimento da casa. Segundo os relatos:

Vai ajudar muito, vai ajudar porque só o meu não dá. Por que eu tomo remédio do coração, remédio de pressão. Quando tem no posto eu pego e quando não tem a gente não pega. O dinheiro vai para o alimento, roupa, roupa não precisa tanto [...] Mas para o alimento vai mais. (Lírio).

Ele é aposentado. Ajudou muito, se não fosse esse dinheiro o que seria de mim? Com esse também ajudei muito a minha filha. [...] mas não boto dinheiro fora, são coisas necessárias. (Violeta).

Se eu conseguir a aposentadoria dele e a minha já seria o suficiente para gente viver. (Begônia).

Estas falas indicam que a doença mental redundava em uma fonte de renda relativamente segura para a família por meio do sistema previdenciário. Parece que a citação de **Begônia**, vai ao encontro do que Rosa (2003) considera uma inserção pela exclusão, isso é, às vezes a uma manipulação direta da identidade do louco para se consignar este ganho. Pontuando que, quando a cuidadora é idosa, esta também tem uma renda que somada a do PTM garante a subsistência do lar.

Entres outras 3 (três) cuidadoras, 1 (uma) relatou que o dinheiro que virá com o futuro benefício assistencial, BPC/LOAS, será para garantir a autonomia do PTM; outras 2 (duas) relataram utilizar o dinheiro em prol do paciente, para trazer ao HCTP suprimentos e objetos de uso pessoal. Em se tratando da renda proveniente de um benefício e/ou aposentadoria, as entrevistadas relataram que:

Vai ajudar pra ele. Hoje ele vai lá compra uma calça, faz uma prestação, amanhã um tênis. Esse dinheiro vai ser a independência dele. (Girassol).

Ajuda a trazer as coisinhas pra ele aqui [...]. eu quero vir, tem o dinheirinho dele, a gente vem, porque sem dinheiro não dá para fazer nada. Eu também guardo um pouquinho.(Orquídea).

Como analisado, quando envolve a renda, em uma grande parcela dos casos a mulher recebe o dinheiro do PTM e o administra em prol do grupo doméstico, sem qualquer consulta ou interferência do PTM; em outras, é concedido uma parte do ganho ao PTM em forma de suprimentos e objetos pessoais, normalmente estes costumam abrir uma poupança, onde depositam uma pequena parte, em vista de uma eventualidade futura.

Por último em relação à renda, cabe expor os relatos de 2 (duas) outras entrevistadas, **Rosa** e **Bromélia**. **Rosa** aparece com uma fala afetiva, não mostrando importância a um benefício, sendo que o paciente não é aposentado. A entrevistada viu apenas o lado do sentimento de saudade e de amor que sustenta pelo irmão, colocando assim que o mais importante é estar com ele. Segue o relato:

Não considero um benefício para ele voltar para casa, mas sim o amor dos irmãos.
(Rosa).

Nesse caso, analisa-se que sendo o paciente esta há apenas dois meses internado, nesse sentido, observa-se que os sentimentos se afluíram quando da ausência, trazendo uma idéia de que o mais importante é restabelecê-lo ao convívio familiar. A falta do PTM se configura na idéia de que o mais importante no momento é restitui-lo no âmbito familiar.

A outra entrevistada **Bromélia**, acredita na regeneração do PTM e conseqüente retorno ao mercado de trabalho, por isso, não alimenta idéias de aposentá-lo. Relata que:

Eu acredito que ele vai sair daqui produtivo, que ele se regenere. Não sei se é necessário um benefício, só se ele ficar invalido. A gente vai recorrer. **(Bromélia).**

Bromélia, acredita no restabelecimento da capacidade produtiva de seu irmão, **Five**, por ele estar pela primeira vez na instituição e por contar com 22 anos, vendo assim **Five** como um jovem que tem uma vida inteira pela frente e com a oportunidade de reconstruir a vida.

No que se refere à vida familiar com a presença e com a ausência do PTM. Nos reportemos primeiro a primeira parte da questão, a vida familiar com a presença do PTM. As 8 (oito) cuidadoras, relataram ter uma vivência boa e tranqüila com o PTM, não vendo dificuldades. Analisa-se, que devido ao sentimento de falta da presença do PTM, a uma

idéia normalmente utópica de que a convivência com o PTM é tranqüila. Fato que como analisado nas outras questões é contraditório, podendo também ser explicado pelo fato que mesmo trazendo dificuldades a convivência, o sentimento de cuidado ao PTM prevalece no imaginário das cuidadoras quando da ausência dele, trazendo assim a ilusão de que o convívio era harmonioso e pacífico e que o *amor* é expresso pelo cuidar. Cita-se alguns relatos sobre a convivência com o PTM no lar:

Boa, tranqüila. (Rosa)

Tranqüilo, tranqüilo. (Bromélia).

É boa. Eu acho boa. É bom ter ele por perto. É bom porque eu sei o que esta passando e eu estou cuidando dele. (Lírio).

Mas, tendo em vista, as falas contraditórias das entrevistadas, que relataram sentir limitações e sobrecarga por não contarem com a colaboração de outros familiares no cuidado, acredito que em alguns casos se configuram numa ilusão frente à distância. Mas, acredito que na maioria dos casos não só das entrevistadas como no geral, que há por detrás das palavras uma rejeição pelo paciente ou o medo de falar que encontraram um alívio quando da internação. Mesmo sendo uma entrevista realizada por uma estudante para a elaboração de um trabalho de conclusão de curso, que a princípio não tem implicações para a determinação da medida de segurança, com certeza influenciou as respostas das entrevistadas. Elas não devem ter se sentido a vontade para expressar os sentimentos de medo, rejeição e conflitos familiares em uma entrevista dentro do HCTP, que se caracteriza como uma instituição de repressão e condenação policial e judicial.

A segunda parte da questão, trata da vida familiar com a ausência do PTM. Os 8 (oito) relatos foram unânimes em colocar que elas sentem saudade e tristeza em vista da ausência, da falta de informações sobre o dia-a-dia do paciente, assim como de uma preocupação com o bem-estar do PTM. Cabe citar, que o distanciamento apaga as sensações ruins da época da convivência diária e traz uma sensação de que de certa forma a casa parece vazia sem a presença do PTM. Neste sentido, percebeu-se que as falas das mães não se diferem das falas das irmãs, fato devido a estas na falta da mãe, assumirem o cuidado pelo PTM como função própria e legitimada. Segundo os relatos:

Quando ele está internado minha filha, a gente só tem o pensamento: “Como ele está?”. Deito-me na cama: “Será que ele esta dormindo?”, “Será que ele comeu hoje?”. Vem tudo, pensamentos na cabeça da gente [...]. Sinto muita tristeza, choro, choro. (Orquídea).

A gente fica preocupada, às vezes fica doente. [...] nada como se estivesse em casa. Sinto falta [...]. (Lírio)

Sem ele eu fico triste, sinto falta [...] ele estava sempre por perto, andando de um lado pro outro em casa. (Girassol).

Com ele aqui? A sensação é o medo da perda, sinto falta, as coisas do dia-a-dia. A vida continua pra todo mundo e agora ele não esta presente. (Bromélia).

Cabe pontuar, que esse sentimento de falta e preocupação, vai diminuindo conforme a família vai se reestruturando sem a presença do PTM. Segundo Rosa (2003), com o passar do tempo e a ausência do PTM, a família vai perdendo parte de seus laços afetivos com o mesmo, passando a responsabilidade dos cuidados para o Estado e a instituição que o atende.

Buscou-se com essa análise ver como a prestação de cuidados aos enfermos se configura na vida das mulheres, as principais cuidadoras, e perceber o quanto é complexa a convivência com o PTM. Percebeu-se na análise dos dados colhidos que, por mais que exista um sentimento de amor pelo PTM, às mulheres o assumem sem questionar, carregam assim o encargo de cuidar imposto como exclusivo seu, aceitando as limitações a sua individualidade, feminilidade, além de se verem cerceadas em sua liberdade de ir e vir devido à prestação de cuidados, uma liberdade que a sociedade impôs que deve ser usufruída no lar, e assim sendo, não é reconhecida socialmente.

Estas entrevistadas, são exemplo das mulheres que historicamente carregam o provimento de cuidados como uma função inerente ao gênero feminino, e que mesmo sobrecarregadas de todas as funções que a mulher vem agregando com o passar dos tempos, são capazes de se auto-sacrificarem e renunciarem aos seus objetivos pessoais para cuidarem de seu enfermo, que se encontra vulnerável não só pela doença, mas pelos estigmas que a sociedade os impôs, como rótulos, e, que, por isso, necessita ser cuidado e orientado e protegido dos ditos normais que os marginalizam. Mas, além disso, a mulher consciente, tem o dever de chamar o outro, o homem, a dividir consigo a prestação de cuidados, visando à igualdade entre os gêneros. Claro que não devemos generalizar, que todas as mulheres têm a clareza de discernir sobre essa questão, pois como toda regra tem a sua exceção, nos casos das mulheres não é diferente.

Para finalizar as análises, cabe relatar que durante as entrevistas todas as cuidadoras sem exceção mostraram um sentimento de tristeza em contar um pouco de suas histórias, muitas as contaram com lágrimas, seja de tristeza pela vida sofrida, seja pela preocupação com o futuro dos seus PTM. Apesar das dificuldades, elas, as mulheres no geral, que se

configuram como as cuidadoras dos PTM, visitando seus entes queridos conforme suas disponibilidades seja de ordem econômica e/ou temporal.

Sendo que, no atual contexto de Reforma Psiquiátrica, que prevê a desinstitucionalização dos PTM, a família é chamada a responsabilização pelo provimento de cuidados, e conseqüentemente a mulher, que sem o respaldo do Estado se vê obrigada a assumir todo o ônus, o que obstrui os seus projetos pessoais e a sobrecarrega tanto emocional, temporal e economicamente. Neste sentido, espera-se que os serviços previstos pela Reforma Psiquiátrica sejam implementados e ampliados para prestar uma assistência de qualidade ao PTM, assim como preveja, ações de suporte psicológico e econômico a mulher cuidadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolver do trabalho possibilitou configurar o tratamento dispensado a *loucura*, desde o início da colonização brasileira até os dias atuais. Sendo que, percebeu-se que a partir do século XIX, foram criadas instituições para enclausurar o dito *louco*, os hospícios, o que de certa forma cristalizou no imaginário social a visão do *louco* como um perturbador da ordem social, e assim, necessitando ser recluso da sociedade dita *normal*. Visão essa, que permanece até os dias atuais com outras roupagens.

O que se percebeu pelas leituras realizadas, é que as famílias já na época colonial, utilizavam os hospícios como depósitos dos seus seres indesejáveis, tanto, que no período republicano, o crescimento incessante da população de internos nos hospícios, propiciou a construção de novos hospitais e ampliação dos existentes. Consolidou-se assim, a expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Nesse sentido, os hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais, permaneceram como espaços de exclusão social e familiar desde suas criações, realidade essa que somente começou a ser mudada, e mesmo assim, gradativamente, com as atuais propostas de Reforma Psiquiátrica que visam a humanização do atendimento e a desinstitucionalização dos pacientes com histórico de longas internações psiquiátricas.

Apesar das propostas de Reforma Psiquiátrica Brasileira, estarem presentes no cenário político, desde o início dos anos de 1980, as discussões, pelo menos em relação aos HCTP são recentes. Além do fato, dessas instituições serem geridas por órgãos da justiça e não pelo Ministério da Saúde, o que dificulta as medidas para a operacionalização da Reforma Psiquiátrica.

O tema dos HCTP, muito lentamente vem ganhando visibilidade no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Sendo que, em 2002, foi publicada a Portaria nº 628, formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que reconheceu a população confinada em presídios e manicômios judiciais como responsabilidade também da área da saúde, normatizando ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento e prevendo a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto aos HCTP do país. Em vista, de pensar as mudanças previstas pela Portaria nº 628, realizou-se no mesmo ano, o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que abriu o diálogo entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, na

busca de pensar na co-responsabilidade no tratamento dispensado a pessoa submetida à Medida de Segurança.

As mudanças previstas nesse Seminário, com o consenso de uma co-responsabilidade entre a justiça e a saúde, ainda não se consolidaram no HCTP, tanto que a Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, órgão ao qual o HCTP é subordinado, não prevê propostas para a reestruturação da assistência psiquiátrica na instituição, como orienta os termos da Reforma Psiquiátrica. Assim sendo, não há previsão para a implementação dos Programas Permanentes de Reintegração Social, o que aparece como um entrave frente às propostas de desinstitucionalização, pois sem o suporte que esses programas proporcionariam, muitos internados continuarão em situação de asilamento.

Neste sentido, percebe-se que na realidade atual da instituição, o HCTP continua com suas características de *instituição total*, seguindo a conceituação de Goffman (1974), típica do modelo asilar. Dessa forma, verifica-se que o tratamento continua tendo o caráter de isolamento e de longos períodos de hospitalização, onde os internados são vigiados e têm suas atividades diárias rigorosamente estabelecidas em horários e realizadas em grupo. Características estas que se opõem aos dispositivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Em vista a desinstitucionalização, que visa o atendimento de base comunitária, com sua rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental, percebeu-se que a responsabilidade do cuidado voltará ao âmbito familiar. Nesse sentido, a Reforma Psiquiatria prevê a ampliação dos serviços existentes e a implementação daqueles que os municípios não contam, como forma de servir de suporte a família e chamá-la a participação no tratamento, já que esse agora é comunitário. Mas, o atual processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorreu em um contexto de crise aberta das políticas sociais e dos serviços públicos em geral, devido à administração neoliberal hegemônica, os novos serviços encontram dificuldades, seja na implementação ou na ampliação, o que acarreta o recaimento do peso do cuidado sobre a família. Frente a esta dificuldade, percebe-se a necessidade de uma parceria e de uma co-responsabilidade entre os cuidadores e os serviços de saúde, em vista de promover um tratamento adequado ao PTM, que não acarrete sobrecarga para a família, nem intervenção única dos serviços. Assim, haverá uma união que favorecerá ambos os lados, em vista de alcançarem seus objetivos em comum, num sincronismo que deve ser seguido mesmo após a consolidação da Reforma Psiquiátrica em vista de garantir a eficácia dos serviços extra-hospitalares.

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica coloca a família como protagonista do cuidado ao PTM. E como, o cuidar é considerado historicamente, uma atividade ligada à esfera doméstica, e a mulher se configura como a figura vinculada a esse âmbito, ela é ligada ao provimento de cuidados do PTM. Nesse sentido, as propostas da Reforma Psiquiátrica, remetendo o cuidado ao âmbito familiar, trazem a questão do gênero do cuidador, que devido à divisão sexual do trabalho das sociedades antecedentes, é predominantemente feminino, responsabilizando as figuras mais próximas do PTM, a mãe e/ou irmãs. No sentido, de entender as questões relevantes ao provimento de cuidados da mulher ao PTM, identificou-se com a pesquisa, os seguintes aspectos:

- que o provimento dos cuidados domésticos ao PTM é um encargo normalmente da mãe, e na falta dessa, das irmãs, freqüentemente a mais velha da prole;
- a questão do provimento de cuidados exclusivo da mulher ao PTM, sobrecarrega e compromete aspectos da sua vida, como a saúde, lazer, vida conjugal e a sua individualidade;
- o provimento de cuidados produz ônus subjetivo e econômico para a cuidadora, sendo que, freqüentemente, a cuidadora utiliza a renda do PTM como complementação da renda familiar;

Pudemos ainda comprovar que a mãe, na maioria das vezes, além de ser a principal cuidadora do PTM, tem a exclusividade do cuidado, isso é, não conta com o auxílio de outros familiares. Percebe-se, assim, que o cuidado fica contido à esfera das *obrigações* da família e às relações amorosas que são remetidas à esfera do não trabalho, da gratuidade, do pessoal, do feminino e do privado.

Através da pesquisa, pudemos analisar que a mulher assume o cuidado como algo natural, inerente a sua condição biológica de reprodução. E, que frente à internação do PTM sofre de sentimentos antagônicos, ora de saudades, ora de preocupação frente à futura alta do paciente, sendo que os últimos são permeados pelo silêncio, por sentirem a pressão da sociedade e de si própria para prover o cuidado ao PTM.

Neste sentido, percebeu-se a importância do trabalho das Assistentes Sociais do HCTP, pois como agentes de mediação familiar, trabalham o núcleo familiar para a reconstrução dos vínculos, normalmente, frágeis ou inexistentes. Sendo assim, um processo lento, as Assistentes Sociais buscam primeiramente, mediar conflitos familiares e promover a aceitação da doença, sendo que, quebrando as barreiras e preconceitos enraizados em relação ao paciente e a doença mental, promove-se à aproximação da família ao paciente, abrindo assim, as portas para a ressocialização. Dessa forma, o

Assistente Social num HCTP, configura-se como o principal agente promotor da ressocialização.

Como futura Assistente Social, vejo como negativo o fato da família ser vista como o principal agente ressocializador do PTM, visto que a Lei prevê residências terapêuticas e pensões protegidas para os PTM que possuem vínculos familiares precários ou inexistentes, pois se houver uma priorização da ressocialização pela família, corre-se o risco do paciente não obter alta ou a obtendo retornar a instituição com a doença reagudizada. Assim acredito, que a família sem um suporte e acompanhamento de serviços extra-hospitalares, pode se configurar como um agente potencializador da cronificação da doença, devido aos seus conflitos internos e preconceitos em relação à doença.

Ao meu ver, nesse processo de ressocialização via família, o PTM é o membro mais vulnerável, posto que será o bode expiatório da família *adoentada*, e receberá todas as tensões e culpas do núcleo familiar. Assim sendo, se o PTM não possuir estrutura e suporte de um serviço ambulatorial para responder aos problemas, adoecerá novamente. Cabe expor, que quando existe um interesse no retorno do PTM ao convívio familiar, muitas vezes a falta de estrutura emocional, psicológica e econômica das famílias não comporta o provimento de cuidados. Fato este devido, a desresponsabilização do Estado frente às demandas postas pela sociedade, o que expõe as famílias à vulnerabilidade tanto econômica quanto psicológica, condicionadas devido a sobrecarga sofrida pela família em arcar sozinha com o provimento do PTM.

Em relação ao papel da mulher, como se evidenciou no presente trabalho, o provimento de cuidados ao PTM é frequentemente único dela, que apesar de agregar novas funções, continua sendo mistificada como tendo um dom inato de cuidar, onde o cuidar é visto como um *ato de amor*. Tendo em vista, a quebra desta cristalizada visão unilateral, acredito que as mulheres como sujeitos transformadores da realidade, devem primar pela conscientização da sociedade da igualdade de gênero, que ainda se encontra maquiada pela sociedade machista. Da mesma forma, deve buscar que haja uma responsabilização também do gênero masculino frente à prestação de cuidados, seja a um enfermo ou a uma criança. Assim, a mulher deve começar dentro do seu lar as mudanças e expandir suas reivindicações pela sociedade, buscando não só o compartilhamento do cuidado, mas políticas sociais contínuas a essa população ainda muito negligenciada, os portadores de transtorno mental.

Em referência as propostas da Reforma Psiquiátrica para os HCTP, acreditamos ser viáveis, especialmente depois da Portaria nº 628/02 e do Seminário Nacional para a

Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, pois estes prevêm a co-responsabilidade entre os Ministérios da Justiça e da Saúde. Nesse sentido, a participação do Ministério da Saúde, possibilitará a adaptação dos HCTP a Lei nº 10.216/01 e assim, o credenciamento ao SUS. A viabilidade da Reforma Psiquiátrica, também aparece em relação aos serviços da rede extra-hospitalar, ao qual estão sendo implementados e ampliados por todo os Estados, assim como pela visibilidade proporcionada ao tema pelos congressos, conferências e simpósios realizados no país.

Por fim, entendemos que muitos desafios ainda encontram-se postos frente à questão da saúde mental, desafios que se configuram para: os HCTP, no sentido de implementar as mudanças previstas pela Reforma Psiquiátrica; para a categoria profissional, que deve promover discussões e propostas de intervenção nos princípios de desinstitucionalização e de reinserção social primados pela da Reforma Psiquiátrica; para a sociedade, que devido à desinformação, estigmatiza os PTM e busca sua exclusão social, seja os internando em instituições psiquiátricas como forma de isolá-los, seja não abrindo oportunidades, por julga-los incapazes e improdutivos. Assim sendo, muitas dificuldades estão postas, mas havendo vontade política do Estado e profissionais comprometidos com a causa da saúde mental, serão buscadas possibilidades para promover mudanças significativas, tanto no tratamento da doença mental, tanto no imaginário social, desmistificando assim os preconceitos e estigmas ligados à doença mental.

Como a questão de gênero em saúde mental, se configura em um debate recente, acredito ser de suma importância que as próximas pesquisas aprofundem a análise da sobrecarga e dos ônus emocionais, temporais e econômicos vividos pela mulher cuidadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referência: elaboração. Rio de Janeiro, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

AMARANTE, Paulo. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1998.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.

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

BASSITT, Wiliam. A família e a doença mental. In: D'INCÃO, Maria Ângela (Org). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro. Graal. 1992.

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.

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

_____. **Portaria interministerial n.628**, de 02 de abril de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final do seminário para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Seminário nacional para reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico : Relatório Final**. Brasília, setembro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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, novembro de 2005.

CALDERÓN, Adolfo Ignacio; GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira. Família: a crise de um modelo hegemônico. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 46, p. 21-33, 1994.

CARVALHO, Luiza. Famílias chefiadas por mulheres: relevância para uma política social dirigida. **Revista serviço social e sociedade**. São Paulo, n. 57, p. 74-98, 1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo. Cortez, 2001.

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

_____. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de SP, CRESS SP, 2º edição, 2006.

COELHO, Virgínia Paes. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 71, p. 63-77, 2002.

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

DARÓS, Rita de Cássia. **Diagnóstico institucional**. (Trabalho apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade do Sul de Santa Catarina). Florianópolis, 2004a.

DARÓS, Rita de Cássia. **Do grupo operativo à volta para casa**. Artigo baseado em seu Trabalho de Conclusão de Curso. [S.I. : S.N.], 2004b.

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

DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde mental 2005-2006**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da saúde, 2004.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**. São Paulo: José Olympio, 1975.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis, 24ª edição, 2001.

GOLDANI, Ana Maria. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista brasileira de estudos de população**. São Paulo, v. 19, n. 1, 2002.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portarias... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Revista ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Revista serviço social e sociedade**. São Paulo, n. 71, p. 102-120, 2002.
GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 3ª edição, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico – experiência de um Grupo Vivencial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GONÇALVES, Lúcia M.S Rodrigues. **Saúde mental e trabalho social**. São Paulo. Cortez, 1983.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Plano de trabalho do Serviço Social**. Florianópolis: Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2006.

_____. **Regimento interno**. Florianópolis, Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico, 1994.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

KARSCH, Ursula Maragarida. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. **Revista serviço social e sociedade**. São Paulo, n. 75, p. 103-112, 2003.

LIMA, Telma Cristiane Sasso. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LIMA, Telma Cristiane Sasso. **Serviço Social e intervenção profissional**. Texto elaborado a partir das discussões presentes no Trabalho de Conclusão de Curso. DSS/CSE/UFSC. 23/11/2004.

MARCA, Lurdiane Andréa. **Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. UFSC, 2002. Relatório de estágio.

MELO, A.I. S. C. de; ALMEIDA, G.E.S. de. **Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional**. Cadernos de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. Unb/CEAD, 1999.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 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 e Sociedade**, São Paulo, Cortez, 1997, n.57, p. 114-130.

MIRANDA, Talita. **Relatório de estágio curricular obrigatório**. Apresentado a disciplina de Estágio Curricular Obrigatório DSS/5631 e DSS/ 5632. Curso de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, (mimeo).

OLIVEIRA, Eleusa Klipp. **Plano de estágio curricular obrigatório**. UFSC, 2005.

_____. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico frente à Reforma Psiquiátrica – desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Grupos – teorias e práticas: acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, Cap. 3, 2000.

PACHECO, Mariléa Pereira. **A ressocialização do paciente portador de transtornos mentais**. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

REIS, J.R.T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S.T.M e GODO, W. (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo. Brasiliense, 2001.

RESENDE, Heitor. 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**. Petrópolis. Vozes, 1992.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**. São Paulo:Cia das Letras, 1995.

RIBEIRO, M.S. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis: IOESC, 1999.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2002.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo. Hucitec, 1990.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas de públicas de saúde mental**. Santa Catarina. Letras contemporâneas, 1994.

SCALZAVARA, Fernanda. **Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

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

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.54, p.132-154, 1997.

_____(Org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez, 2002.

VIEIRA, Roseléia. **Relatório final de psicologia social.** UFSC, 1994. Relatório de estágio.

ANEXOS



Roteiro da Entrevista

OBJETIVO

Pesquisar as implicações para vida da mulher cuidadora do portador de transtorno mental infrator.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Paciente: _____

Sexo: Masculino Feminino Idade ___ anos Estado Civil _____

Grau de Parentesco _____ Ocupação _____ Formal Informal

FORMAÇÃO

1º Grau incompleto 1º Grau completo 2º Grau incompleto 2º Grau completo
 3º Grau incompleto 3º Grau completo Outro _____

RENDA FAMILIAR

- Inferior a 1 Salário Mínimo
- 1 Salário Mínimo
- De 2 a 3 Salários Mínimos
- Acima de 3 Salários Mínimos

ESTRUTURA FAMILIAR

- Família Conjugal
- Família Conjugal Ampliada
- Família Monoparental
- Família Unipessoal

Nº de Filhos:

Nº de Membros:

QUESTÕES

Quando começou a cuidar? Que cuidados você presta?

Qual o motivo que o levou a assumir o provimento de cuidados ao PTM?

Quem mais da família se responsabiliza pelo cuidado?

Você pede auxílio de outros familiares para cuidar?

Ser cuidadora traz limitações para a sua vida pessoal?

Você sustenta algum medo /receio do PTM? Por que?

Como o benefício (BPC/LOAS) é utilizado pela família/PTM?

Como é a vida da família com a presença do PTM e quando ele esta internado?

O provimento de cuidados ao PTM influencia com mais intensidade em qual área da sua vida:

Enumere de 1 a 5, do mais atingido (5) ao menos atingido (1).

- Geração de renda (trabalho)
- Vida conjugal
- Cuidados pessoais
- Lazer
- Saúde



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa
do Cidadão
Departamento de Administração Prisional- DEAP
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO-HCTP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: levantamento do perfil da mulher cuidadora do Portador de Transtorno Mental”, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem por objetivo conhecer a dinâmica do processo de trabalho instituído aos internos e ao cuidador no HCTP, tendo por base as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Esperamos que, ao propor a presente pesquisa possamos contribuir para a produção e o conhecimento teórico para o real aprimoramento do atendimento prestado aos internos desse segmento da Política Pública de Saúde Mental, em especial do HCTP de Florianópolis.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não utilizarei o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão.

Certa de sua colaboração, agradeço a disponibilidade, bem como as prováveis mudanças na nossa prática profissional neste Hospital.

Eu _____,

Consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, abril e maio de 2004.



LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reafirma o compromisso em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes do referido tipo em estabelecimentos que não tenham instalações e condições características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Gregori

8.7 – PORTARIA INTERMINISTERIAL 628, DE 02 DE ABRIL DE 2002-08-13

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

- a estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que estão expostos grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;

- a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;

- a importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;

- a heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas;

- as recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, bem como apoiar a implementação e avaliar o desenvolvimento das ações e serviços estabelecidos, **resolvem:**

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º. As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional.

II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;

V. a implantação de ações de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos;

VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o seu respectivo plano estadual e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gerência das ações e serviços.

§ 1º. A gestão do Plano ora aprovado será de responsabilidade da respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º O processo de credenciamento dos ambulatórios de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, a ser definido no plano estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º Para o desenvolvimento do Plano respectivo, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Justiça poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (federal e estadual).

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário no valor de R\$105,00 per capita/ano, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a R\$75,00 per capita/ano e ao Ministério da Justiça o correspondente a R\$ 30,00 per capita/ano.

§ 1º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 2º Os recursos do Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados

§ 3º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça serão repassados às Secretarias Estaduais de Saúde as quais farão a transferência, se for o caso e dependendo da pactuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Art. 6º O Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Parágrafo único. Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 7º As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo as suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade.

Art. 8º As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário, após a formalização do Termo de Adesão citado no Art. 10 desta Portaria, poderão ser credenciadas junto ao SUS.

Art. 9º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por 500 presos.

§ 2º os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão dessa equipe mínima.

§ 3º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 10 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO II desta Portaria.

Art. 11 Determinar à Secretaria de Políticas de Saúde e à Secretaria de Assistência à Saúde que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Barjas Negri

Filho

Aloysio Nunes Ferreira