

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO – ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

FRANCINY CORDIOLI DA ROSA

RESTITUIÇÃO DA CIDADANIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM GRUPO OPERATIVO NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
FLORIANÓPOLIS.

FLORIANÓPOLIS
2009.1

FRANCINY CORDIOLI DA ROSA

RESTITUIÇÃO DA CIDADANIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM GRUPO OPERATIVO NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
FLORIANÓPOLIS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^ª. Msc. Patrícia Freitas
Schemes Assumpção.

FLORIANÓPOLIS

2009.1

FRANCINY CORDIOLI DA ROSA

RESTITUIÇÃO DA CIDADANIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM GRUPO OPERATIVO NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
FLORIANÓPOLIS.

Trabalho de Conclusão de curso aprovado como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social
do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora

Prof^a. Dra. Vânia Maria Manfrói
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

Msc. Gisele Cunha
Assistente Social do CAP'S Ponta do Coral- Centro de Atenção Psicossocial de
Florianópolis

Florianópolis, 06 de julho 2009.

Dedico este trabalho aos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que de uma forma ou de outra contribuíram para a idealização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Este estudo não existiria sem o esforço e a existência de muitas pessoas. Em primeiro lugar, gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos aos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sem eles este estudo não seria possível. Fica aqui o meu muito obrigado, aprendi muito com vocês.

Estendo o meu agradecimento a pessoas essenciais em minha vida, minha família, sobretudo á meus pais Sérgio e Stela. Vocês prepararam o terreno para o meu próprio caminho, e agora posso caminhar com minhas próprias pernas. Obrigado pelo amor e carinho dedicado. Eu os amo.

Agradeço também aos meus irmãos, Gabriel e Aline que se fizeram presentes em todas as horas deste estudo, na alegria, na tristeza, nas brigas e nos momentos de felicidade. Não imaginaria minha vida sem vocês.

As minhas tias Ângela e Ana, e ao meu tio Márcio e sua esposa Dircéia, obrigado por existirem e incentivar de todas as formas esses quatro anos de caminhada. Não tenho como expressar em palavras o quão importantes vocês são em minha vida.

Aos meus queridos e amados avós Macir e Beatriz, sempre tão dedicados á família. Vocês são meu espelho, os levarei para sempre em meu coração.

Às minhas amigas de faculdade Dayane e Thatiana, pessoas com quem pude contar nas horas boas e difíceis nesses quatro anos de faculdade. Agradeço por tudo, tudo mesmo. Minhas eternas amigas.

Às minhas companheiras de estágio Sabrina, Mariani, e especialmente á Patrícia, que nesse um ano de amizade se mostrou uma das melhores amigas que alguém poderia querer. Sentirei falta da nossa luta cotidiana, dos momentos de discussão sobre o sistema prisional, e também pelas horas de alegria que você me proporcionou. Tenho uma dívida de especial gratidão por você.

A equipe técnica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, entre eles: Maria Emília, Márcia, Maria Inês, Silvia, Juliana, que enriqueceram minha vida neste espaço de tempo, e em especial a Maria Sirene Cordioli, por seu maravilhoso desempenho profissional, e sua ajuda indispensável a este trabalho. À Rita de Cássia Ouriques Darós, minha supervisora de campo. Aprendi como ser uma profissional empenhada na difícil luta pelos direitos do Portador de Transtorno Mental. Fica aqui

meu eterno agradecimento. Agradeço também ao Diretor desta Instituição, Nédio Atenor Becker, por ter me dado a oportunidade de estagiar neste local e poder assim colocar em prática meus anseios profissionais.

A minha orientadora Prof^a Patrícia Freitas Schemes Assumpção, que me forneceu seu inestimável conhecimento, durante o prolongado processo de criação deste estudo.

A professora Vânia Maria Manfrói que dispensou sua competência e dedicação, nas longas discussões sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e pela participação em minha banca.

Agradeço também a uma pessoa que mesmo não estando mais presente em minha vida neste momento, contribuiu muito para meu crescimento pessoal, Samuel obrigado por ter feito parte de minha vida neste último ano de faculdade.

Para concluir minha profunda gratidão, agradeço as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram com meu crescimento profissional e para o amadurecimento de algumas idéias contidas nesta pesquisa. Não posso deixar de agradecer, sobretudo a Deus, criador da vida e de minha existência.

RESUMO

Rosa, Franciny Cordioli. **Restituição da cidadania ao Portador de Transtorno Mental: uma experiência com Grupo Operativo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo fazer um resgate às competências do profissional de Serviço Social tendo por base a experiência de Estágio Curricular Obrigatório realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Traçaremos inicialmente na primeira sessão, a trajetória da Saúde Mental no Brasil, pautada numa trajetória a nível mundial. A segunda sessão será reservada para a discussão de um tema específico para a linguagem Institucional: o Grupo Operativo e a atuação do Serviço Social sob o mesmo. Na terceira sessão, deixaremos um espaço reservado para a discussão das Ações Sócio-educativas, como um desafio para elucidar a especificidade do Serviço Social no Grupo Operativo.

E por fim analisaremos os resultados obtidos com esta pesquisa.

Palavras-chave: Portador de Transtorno Mental; Serviço Social; Grupo Operativo; Ações Sócio-Educativas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. BREVE CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NESTE CAMPO DE ATUAÇÃO.....	13
1.1 O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A SAÚDE MENTAL.....	18
1.2 A ESTRUTURA DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NA ATUAÇÃO JUNTO À POPULAÇÃO INTERNADA	23
2. O PROCESSO GRUPAL SEGUNDO ENRIQUE PICHON-RIVIÉRE.....	29
2.1 A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO COORDENADOR DAS REUNIÕES DE GRUPO OPERATIVO.....	32
2.2 A IMPORTÂNCIA DO GRUPO OPERATIVO NA REINserÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO	36
3. A CENTRALIDADE DAS AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL.....	44
3.1 AS AÇÕES PROFISSIONAIS NO GRUPO OPERATIVO SOB O VIÉS SÓCIO-EDUCATIVO.....	47
3.2 PERFIL PEGAGÓGICO DA AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	48
CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende situar a história da loucura/Saúde Mental fazendo um resgate do instrumental teórico prático do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Podemos correlacionar este relato com a experiência de estágio no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, na qual pudemos nos aproximar da prática profissional desenvolvida pelo Serviço Social.

Pautados no foco da intervenção realizada, Grupo Operativo, construímos este trabalho com o objetivo de aproximar a produção teórica de Enrique Pichon Riviére com o referencial teórico do Serviço Social, pois o mesmo se utiliza da teoria e da técnica grupal idealizada por este autor, em sua intervenção.

O tema deste trabalho teve origem com a experiência de estágio curricular obrigatório¹ realizado nesta Instituição que é vinculada á Secretaria do Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão², localizada no bairro Agrônômica em Florianópolis, junto ao Complexo Penitenciário da Capital.

Através de pesquisa bibliográfica presente em artigos de revistas, TCC's, teses, livros, entre outros, este trabalho busca refletir sobre o fazer profissional. Busca-se refletir como o Assistente Social pode se utilizar de uma prática desenvolvida por outra categoria profissional, mas guiada pelo aporte teórico-metodológico de nossa profissão. A técnica refletida neste trabalho é desenvolvida por Enrique Pichon-Riviére, renomado psiquiatra que estuda e desenvolve a técnica de Grupo Operativo. Trazemos à tona então esta técnica desenvolvida por este profissional, e como a mesma pode ser aplicada por um Assistente Social na sua prática profissional.

A intervenção profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é desenvolvida através dos atendimentos individuais e coletivos. Por meio desses tem-se uma aproximação maior com os internos³ e assim se torna possível observar as demandas trazidas por estes. Apresentou-se, a partir dos atendimentos coletivos, a

1 Período compreendido de agosto de 2008 à agosto de 2009. Refere-se ao estágio curricular obrigatório I e II.

2 “Foi criada através da Lei Complementar n° 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.” (GOMES, 2009)

3 Uma das terminologias utilizadas para caracterizar a população atendida no HCTP. Outras denominações são utilizadas, tais como: pacientes, apenados e presos. Mas se optou por esta linguagem para padronizar o trabalho.

necessidade de refletir sobre a intervenção profissional no âmbito da prática grupal, mais precisamente no Grupo Operativo. Para isto realizamos uma discussão sobre este processo sob uma aproximação com as ações sócio-educativas que elucidam o estudo sobre a questão da Cidadania e dos Direitos sob o viés emancipatório. Lima (2004) utiliza-se de um questionamento para desenvolver seu trabalho sobre as Ações Sócio-Educativas, que podem também nos dar um norte: “A pergunta central, tanto no processo investigativo como no de intervenção, reside em como realizar uma intervenção profissional compatível com o projeto ético-político assumido [...]” (LIMA, 2004, p.11). Para responder tal questionamento, através do processo de estágio, o acompanhamento das reuniões de Grupo Operativo na Instituição atrelado à pesquisa bibliográfica gerou os subsídios necessários para a elaboração deste estudo.

Para desenvolver tal estudo é preciso um prévio conhecimento sobre a problemática do Portador de Transtorno Mental e sem sombra de dúvidas dos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social. Para tal, este estudo foi estruturado da seguinte forma: na primeira sessão faz-se um resgate da História da Saúde Mental no Brasil, as legislações que garantem a proteção do Portador de Transtorno Mental e a inserção do Serviço Social no contexto Saúde Mental. Pontos essenciais são discutidos nesta sessão introdutória, tais como: a questão da doença mental desde seu reconhecimento pela sociedade brasileira até a contemporaneidade, e como se dá a inserção do Serviço Social nesta problemática. Loyello manifesta sua percepção sobre a doença mental, de maneira que,

“[...] se confunde cada dia mais com o de desviado, inadaptado, marginalizado. A normalidade é aferida através da adaptação ao processo produtivo. Surge mais um mediador do normal: o produzir. Produzir para manter o equilíbrio social: enquanto a pessoa tem uma participação social produtiva ela é útil e normal; no momento em que afasta-se deste processo, o modo como é vista já se modifica. O pensar e o agir do doente mental passam a ser condicionados pelo que os outros delimitam. (LOYELLO, 1983, p.68 *apud* BONASSA, 2004, p.8).

Este pensamento é compartilhado neste estudo da saúde e da doença e desenvolvido para que assim possamos entender os determinantes sociais presentes nesta problemática. Traz-se a idéia do nascimento das Instituições Psiquiátricas, que tem por finalidade abrigar estes indivíduos “fora dos padrões da normalidade”. Segundo Teixeira, estas instituições têm o papel de,

“[...] retirar do espaço público os indesejáveis que perturbam fundamentalmente o espaço urbano, e também, o de encontrar experimentalmente, métodos terapêuticos próprios, ou seja, tentar curar a loucura.” (TEIXEIRA, 1993, p. 19 *apud* BONASSA, 2004, p.9).

Aborda-se também em consonância com esta temática, a função médica e jurídica que a instituição possui. Para tal discussão, Delgado remonta a relação mista de hospital-presídio que a instituição desenvolve como: “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura”. (DELGADO, 1990, p. 58 *apud* BONASSA, 2004, p. 10).

Na segunda sessão o espaço está reservado para a discussão e reflexão da prática profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Num primeiro momento, permite-se contextualizar brevemente acerca da técnica desenvolvida por Enrique Pichon-Riviére sob a perspectiva do Grupo Operativo. Posteriormente, relata-se a utilização da abordagem e coordenação do Grupo Operativo, como uma experiência realizada por um Assistente Social. E para finalizar esta sessão se evidencia a função social do Grupo Operativo: a reinserção social do Portador de Transtorno Mental. Para tal discussão se utiliza de expressões tal como exclusão social, que define e redefine o lugar do “louco” na sociedade. Segundo Beaklini e Escorel,

“[...] A exclusão do louco, por conseqüência, decorre muitas vezes de seu lugar social e não de sua patologia. São, em sua maioria, pessoas sem trabalho fixo e especializado, sem recursos e. “que perderam seus vínculos sociais e sua identidade e que tem como agravante a pobreza urbana”.” (2002, p. 107 *apud* BONASSA, 2004, p 10).

Preliminarmente, podemos apontar que um dos fatores que dificulta a reinserção do Portador de Transtorno Mental é a dissociação do vínculo familiar, que ocorre devido à longa permanência dos indivíduos nos Hospitais Psiquiátricos, somado ao fato de a doença ser crônica. Outro fator é a precária situação em que as famílias dos internos se encontram, e que levam as mesmas a centrarem no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico funções que deveriam ser subsidiadas por políticas públicas. Estes fatores levam o indivíduo a dificultar sua desinstitucionalização e prolongar sua internação, o que segundo Bonassa prejudica e muito o Portador de Transtorno Mental, pois,

Quanto mais prolongado é o tempo em que o doente vive em instituições totais, o que acontece em diferentes momentos de sua vida, mais difícil torna-se para o interno vislumbrar perspectivas fora da instituição. As possibilidades de encontrar um lar, um trabalho e

refazer seus vínculos afetivos vão diminuindo rapidamente. À medida que o tempo de internação se prolonga, aumenta o desestímulo a fazer novos projetos extra-hospitalares, o que pode levar o indivíduo a preferir vida institucional. (BONASSA, 2004, p. 11).

Na terceira e última sessão se faz um resgate sobre o que são as Ações Sócio-Educativas, traçando o perfil pedagógico do Serviço Social sob o viés do Grupo Operativo.

Por fim tecemos algumas considerações na tentativa de adensar mais reflexões à discussão da intervenção do Serviço Social em práticas que não englobam as atribuições privatistas dos Assistentes Sociais, mas que no seu fazer profissional dão corpo às suas competências.

1. BREVE CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NESTE CAMPO DE ATUAÇÃO

Falar em Saúde Mental é falar de um processo psicossocial complexo, que compreende um plano terapêutico e um campo social que visa à reabilitação e reintegração social do Portador de Transtorno Mental.

Segundo Oliveira “o campo da Saúde Mental está inserido no universo da Saúde Pública e para desenvolvê-lo é necessário incluí-lo no Sistema único de Saúde (SUS)”. (OLIVEIRA, 2006, p.11).

A Reforma Psiquiátrica baliza as políticas públicas de Saúde Mental, para tanto é preciso conhecer a articulação da assistência no campo da Saúde Mental e consequentemente a História da Psiquiatria.

Com o fim do campesinato como classe e ascensão da sociedade pré-capitalista o “louco” passa a ser visto sob outra égide, eleva-se a loucura à categoria de problema social. (TUNDIS E COSTA, 2001). Com o surgimento da industrialização, que dá sustentabilidade à sociedade capitalista, o trabalho passa a ser visto como paradigma de racionalidade e as pessoas que não se enquadravam nesse novo sistema passaram a ser consideradas uma ameaça à lei e à nova ordem social vigente. O louco não era diferenciado de outras categorias sociais, tais como leprosos, prostitutas, ladrões, entre outros, e todos passaram a representar risco e periculosidade à sociedade. O antídoto a todo esse problema social era então o enclausuramento.

O Hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão, assistência, filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material. (AMARANTE, 1995, p.25).

De acordo com Tundis e Costa “[...] no Brasil, o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social [...]”. (TUNDIS E COSTA, 2001, p.30).

O tratamento dispensado aos doentes mentais nesta época não se difere ao das sociedades pré-capitalistas: repressão à desordem e à mendicância à ociosidade, através da contenção.

De acordo com Gomes (2009),

(...) no início da colonização os loucos vagavam pelas vilas, excluídos de qualquer assistência ou cuidado médico e para estes havia três alternativas: eram colocados em prisões, sob a alegação de perturbação da ordem pública; eram assistidos em casa por seus familiares; ou quando de famílias que dispunham de uma situação financeira privilegiada, eram enviados para Europa para tratamento. (GOMES, 2009, p.14)

Só a partir do século XIX é que a loucura passa a ter uma percepção dirigida pelo olhar científico, e passa a ser vista como doença mental.

Se anteriormente o médico era convocado ao hospital tão somente para atender a alguns casos mais graves; se freqüentava o espaço hospitalar de modo eventual e irregular (da mesma forma em que era convocado nas prisões, por exemplo), ele agora se tornava o personagem fundamental do hospital. (AMARANTE, 2007, p.27).

Vasconcelos (1997) completa dizendo que a primeira reforma da instituição hospitalar passa a se dar a partir da segunda metade do século XIX, na qual a mesma passa a se constituir como instituição médica, e não mais assistencial.

“Em meio à forte pressão social, em 05 de dezembro de 1852, foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro Hospício do Brasil, denominado de Hospital Pedro II. (GOMES, 2009, p. 16)”. Mas no Brasil a assistência psiquiátrica demora a se adaptar a essa reforma que sofria a prática psiquiátrica em outros países.

É somente com o advento da República no Brasil, conforme Rosa (2003, p. 88) que a “loucura e o louco tornam-se objeto de especialistas e ganham contorno de doença mental, ou seja, sai da psiquiatria do empirismo para a ciência”. (GOMES, 2009, p. 17).

A segunda guerra mundial inaugurou um novo modelo de prática psiquiátrica no campo da psiquiatria no mundo, por meio do qual se pode observar um verdadeiro salto de qualidade, como afirma Vasconcelos:

A princípio buscou-se transformar internamente o asilo e o hospital psiquiátrico, na tentativa de humanizá-los e de torná-los terapêuticos e mais eficazes na recuperação da população internada”. (VASCONCELOS, 2000, p. 98).

Mas na década de 60 fica claro que o caráter voluntarista, ainda predominava na Saúde Mental brasileira, modelo este que predominou na Europa desde a primeira metade do século XV. Este caráter individualizava a doença mental, tornando o seu tratamento assistencial e não preventivo. O universo da loucura tinha o seu início, meio e fim, encerrava-se na exclusão, encarceramento e na morte do “louco”.

Surge na década de 60 na Inglaterra, como uma contraproposta ao caráter assistencial e filantrópico que permeava a Saúde Mental, o modelo antipsiquiátrico, que procura redirecionar o modelo da prática psiquiátrica vigente.

A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, com a proposta de questionar não só a psiquiatria, mas a própria doença mental. Este modelo questiona o porquê de a psiquiatria considerar a esquizofrenia como doença, visto que, a mesma não obtém êxito no seu tratamento. Utiliza o modelo da comunidade terapêutica, mas buscando uma maneira de questionar o saber psiquiátrico, além de criar uma nova forma de lidar com a esquizofrenia. A loucura é considerada como um fato social, político e, mesmo uma experiência de libertação. (AMARANTE, 1998 *apud* SIQUEIRA, 2007, p. 24-25).

No Brasil, segundo Tundis e Costa “[...] a psiquiatria só será chamada a dar sua contribuição efetiva e adquirirá o status de prática assistencial de massa após 1964[...]”.

(TUNDIS E COSTA, 2000, p. 59).

É neste momento que surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que além da luta emergente pelos direitos da categoria, reforça a luta já existente por um projeto alternativo ao modelo asilar dominante. Este movimento englobava trabalhadores das mais diversas militâncias: trabalhadores integrantes do movimento sanitário; associações de familiares; sindicalistas; membros de associações de profissionais e usuários da Saúde Mental; entre outros.

“[...] inicia-se, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, que constitui-se num espaço de discussão e formulação de propostas para a assistência psiquiátrica. O Movimento expressa as insatisfações dos trabalhadores de saúde mental e também de outras categorias sociais preocupadas com as condições sub-humanas na qual encontravam-se os pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Dele participam, portanto, profissionais do setor, pessoas e entidades que se identificavam com a luta empreendida, familiares e simpatizantes, culminando no Movimento de Reforma Psiquiátrica.” (AMARANTE, 1995 *apud* BONASSA, 2004, p. 12).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem início na década de 70, consolidando-se em fins dessa década, a partir da conjuntura de redemocratização do país. Em Janeiro de 1979 é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Além de uma pauta estabelecida em torno dos direitos da identidade profissional, discutiu-se também o modelo asilar dos hospitais públicos. Os apontamentos se direcionam para a alteração das diretrizes legais da assistência psiquiátrica.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. (GOMES, 2009, p. 20).

Os encontros de Saúde Mental que acontecem nos anos seguintes se baseiam a partir desses apontamentos.

Já nos anos 80, mais precisamente a partir de sua segunda metade, tem início, a trajetória de desinstitucionalização, que empreende esforços para a ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional. A Lei Paulo Delgado de 1989, instituída no Congresso Nacional segundo projeto de Lei 3657/89 prevê essa ruptura estabelecendo a extinção e substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial.

Surge neste momento “[...] as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental.” (VASCONCELOS, 2000, *apud* BONASSA, 2004, p. 12). Busca-se a ampliação deste serviço para que as internações em hospitais psiquiátricos fossem substituídas por este tratamento, somente estabelecendo a internação quando os recursos extra-hospitalares se esgotassem. A Portaria do Ministério da Saúde nº 224/92 (BRASIL, 1992)⁴ que dispõe sobre os serviços residenciais terapêuticos, vem afirmar estes avanços.

O movimento sanitarista comprometido com a introdução de mudanças no sistema de saúde tem grande importância na luta pela conquista e seguridade dos direitos em sua plenitude para o sujeito Portador de Transtorno Mental.

Este movimento traz em seu seio a idéia de que:

[...] para transformar uma pequena coisa, é sempre necessário transformar todas as coisas por meio da implementação de grandes políticas de saúde. Em outras palavras, é preciso mudar a Política Nacional de Saúde Mental para que uma pessoa seja bem atendida, seja ouvida, e cuidada. (AMARANTE, 1995, p. 94).

Os movimentos de luta pela saúde acerca do conceito ampliado repercutiram de forma expressiva na Saúde Mental no decorrer da década de 80. Entre essas conquistas asseguradas na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Lei 8080/90, encontra-se a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Em tese, para o Portador de

4 A lei prescreve as diretrizes que normatizam o atendimento nas unidades básicas, nos centros de saúde e nos ambulatórios que prestam atendimento em Saúde Mental.

Transtorno Mental, não basta apenas o atendimento medicamentoso ou hospitalocêntrico⁵, mas outras questões devem ser analisadas e garantidas, entre elas as demandas postas pelos usuários que culminam no objeto sócio-histórico da intervenção profissional, no caso do Serviço Social, entendidas como expressões da questão social. Sendo assim, o Portador de Transtorno Mental que se encontra sob tutela do Estado, deve ter seus direitos básicos garantidos, e deve ainda ser protegido contra os perigos decorrentes dos processos de exclusão social a que muitas vezes se encontra submetido.

Muitas lutas foram travadas pelos direitos do Portador de Transtorno Mental, até que em seis de Abril de 2001 foi sancionada a Lei 10.216/01 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica) originalmente apresentada pelo Deputado Paulo Delgado, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redirecionou o modelo nacional de assistência em saúde mental.

Segundo Bonassa,

[...] A reorientação passa por uma reestruturação do modelo vigente, objetivando ampliar a rede de atenção extra-hospitalar, abrir mais leitos para internações breves em hospitais gerais, qualificar e fiscalizar os hospitais psiquiátricos atualmente existentes, dar seguimento às regras da vigilância sanitária, prover equipe multiprofissional, ausência de celas fortes e/ou espaços restritivos, existência de projetos terapêuticos, e demais dispositivos que garantam a melhoria da qualidade assistencial. (2004, p. 14).

Essa Lei vem atender o histórico defendido pelo Movimento Antimanicomial, que têm como diretriz reformular o modelo de atenção à Saúde Mental, transportando o foco do tratamento concentrado no enclausuramento para um regime estruturado de forma a oferecer ao Portador de Transtorno Mental uma rede de atenção psicossocial em que o mesmo possa ter seus direitos garantidos, e que o tratamento ganhe mais visibilidade que a contenção. A Lei nº. 10.216/2001 estabelece:

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, à 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

5 O hospital como única possibilidade para o tratamento.

mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições 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.

O Artigo 2º, parágrafo único, desta mesma lei diz que o Portador de Transtorno Mental (PTM) tem direito a:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratado 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 tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Em síntese o objetivo das discussões iniciadas no século XIX foi retirar o manicômio do centro do tratamento oferecido ao Portador de Transtorno Mental, propondo uma nova forma de assistência psicossocial, em que os direitos do mesmo prevaleçam e o estigma deixe de fazer parte do seu cotidiano, bem como referencia Amarante, “de uma forma ou de outra, o certo é que a psiquiatria passa a construir um novo projeto, um projeto eminentemente social, que têm conseqüências políticas e ideológicas muito importantes”. (AMARANTE, 1995, p.22).

1.1. O Serviço Social e Saúde Mental

No Brasil a profissão de Assistente Social nasceu ligada à Igreja Católica, em meados da década de 30. “Os pioneiros do Serviço Social estavam ligados, em geral, às

instituições assistenciais e a grupos cristãos (católicos ou protestantes), partidários da reforma social.” (BULLA, 2007, p. 3).

Apesar da identidade profissional se dispor a permear os embates entre capital e trabalho, a profissão na época se dedicava a promover uma harmonia entre o proletariado e a burguesia, desenvolvendo sua prática através de medidas focalizadas e paliativas, tentando de todas as formas ajustar o indivíduo ao meio em que vivia.

Na ascensão do Serviço Social como categoria profissional, os assistentes sociais atuavam segundo princípios filosóficos e cristãos, sendo influenciados pelos modelos de assistência europeu, tal modelo trazia a noção de que o Serviço Social é uma vocação, atribuindo um caráter missionário e assistencialista à profissão, porém essa linha logo de mostrou insuficiente para estes profissionais” (BULLA, 2003, *apud* GOMES, 2009, p. 42- 43).

Esta estrutura predominou até a década de 60, quando a profissão começa a questionar as bases de sistematização e profissionalização do Serviço Social, estabelecidas pelo bloco conservador hegemônico.

Durante os anos 70 e 80 inicia-se o processo de reconceituação da profissão. Processo este que se propõe a repensar a profissão no Brasil, tentando romper com uma prática do Serviço Social tradicional, vinculada à profissão desde seus primórdios.

A partir da década de 1970, esta nova perspectiva é intensificada, quando começa a se pensar um Serviço Social voltado a atender as necessidades da população, e um agir profissional que atue de maneira a romper com ações que antes eram direcionadas meramente a atender os interesses das instituições (ALFLEN 2008 *apud* GOMES, 2009, p. 43-44).

Segundo Netto (2005 *apud* Assumpção 2007) este processo de reconceituação da profissão inicia-se através de um movimento mundial e Yamamoto (2006 *apud* Assumpção 2007) destaca que no Brasil como em outros países latinos representa um marco decisivo para um novo fazer profissional.

A profissão começa então a caminhar para um processo de ruptura com o conservadorismo, em prol de uma nova ordem societária, que se efetiva com a Constituição de 88. Segundo Lima,

O advento da democracia conquistada através da abertura política no final da década de 1980 possibilitou que o Serviço Social incorporasse novas características em seu debate onde a conquista do cenário político marcou um momento de consolidação de alternativas para

uma intervenção profissional voltada para a ruptura com o conservadorismo ainda presente na profissão. (2004, p.16).

Mas se observa como foi dito apenas uma tentativa de ruptura com aquela ordem societária vigente. Encontram-se ainda muitos profissionais que desenvolvem suas ações baseados pelas teorias tradicionais, principalmente na área da saúde, como veremos a seguir.

No contexto da Saúde Mental a luta pela cidadania do Portador de Transtorno Mental não é uma situação há pouco incorporada na discussão da categoria dos profissionais da saúde. Segundo Rosa (2003), a cidadania é construída no plano social e político. É luta e processo de incorporação de novas categorias aos direitos já existentes. A cidadania então é mutável, apropriável e sofre transformação (ROSA, 2003, p. 332).

É um ideário que já vem há muito tempo sendo discutido e deveu-se à necessidade de se apontarem alternativas e novos horizontes na área de Saúde Mental.

Neste sentido, a luta pela cidadania do portador de transtorno mental se inscreve na luta pelo direito das minorias, pois além dos clássicos direitos civis, políticos e sociais, postula-se a invenção de uma cidadania especial, que abarque a dimensão da subjetividade e da desrazão. (VASCONCELOS, 1997 *apud* ROSA, 2003, p. 332).

É por esse viés que o Serviço Social se insere nesta luta pelos direitos do Portador de Transtorno Mental.

A década de 60 traz em seu contexto a instauração da ditadura militar que segundo Bravo (2006, p.27) “[...] expressou a derrota das forças democráticas, sendo o desfecho de crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil [...]”. Esta situação se reflete no campo da Saúde Mental, de tal forma que a partir de 64 o Estado passa a privatizar a psiquiatria, através da contratação de serviços privados de assistência à saúde mental, paralelo aos serviços públicos já existentes.

“Os usuários dos serviços de Saúde Mental tornaram-se um objeto de lucro, uma mercadoria, visto que a assistência psiquiátrica privada não possuía a preocupação com a resolutividade dos problemas apresentados por esses usuários (AMARANTE, 1998; COHN & ELIAS, 1998 *apud* SIQUEIRA, 2007, p.28)”.

A luta na rede de serviços psiquiátricos se expressa de maneira mais contundente a partir de 1978, ano em que os movimentos sociais retomam a expressão política até então cerceada pelo regime militar, que impossibilitava a democratização no país (SIQUEIRA, 2007).

Esses movimentos, principalmente o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), visavam a mudanças sociais na sociedade em geral acerca da doença e da Saúde Mental, combatendo as estratégias de estigma, segregação e exclusão do Portador de Transtorno Mental. As ações voltadas à política de Saúde Mental visam romper com o tratamento dispensado ao Portador de Transtorno Mental até então: o modelo hospitalocêntrico como recurso único ao tratamento de sua doença.

O Serviço Social começa a realizar seu trabalho na Saúde Mental, através do Serviço Social de caso e de grupo, que através da psicologização tentava ajustar o indivíduo ao meio em que vivia. Segundo Gomes,

As primeiras práticas dos assistentes sociais em Saúde Mental se deram nos Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) datados em 1946, experiência importante na conformação do modelo do serviço social clínico, baseado no modelo norte-americano. (2009, P. 47).

Da mesma forma que o Serviço Social legitima este processo de trabalho, o movimento de higiene mental, iniciado na primeira década do século XX, teve grandes influências para as escolas de Serviço Social da época. Vasconcelos contribui dizendo que,

O contexto histórico e político brasileiro de desenvolvimento dos serviços sociais como iniciativa de Estado e da emergência das primeiras escolas de Serviço Social, na década de 30, foi fortemente marcado pelas abordagens e pela ação política do movimento de higiene mental, em relação ao qual o Serviço Social católico se aliou numa relação de complementaridade, de tensão acerca de temas específicos e de demarcação de áreas de competência”. (2000, p. 142).

Com a abertura democrática a partir da década de 80, além da mudança do pensamento em relação ao saber psiquiátrico, há que se levar em conta a visibilidade que as políticas sociais ganharam. Neste momento a luta Antimanicomial se destaca, e os direitos do Portador de Transtorno Mental são reconhecidos legalmente a partir da Lei nº 10.216, a Lei Antimanicomial. O setor social interage frequentemente com a Saúde Mental no sentido de conquistar garantias democráticas no campo da saúde.

Através da nova concepção de saúde garantida na Constituição de 88 a Reforma Psiquiátrica ganha visibilidade e espaço na pauta dos debates públicos.

O caminho para substituição do hospital psiquiátrico passa a ser assumido como política nacional pelo próprio Ministério da Saúde, que se apóia num vigoroso movimento social reunindo gestores,

técnicos, familiares, usuários, parlamentares e organizações profissionais. (SIQUEIRA, 2007, p.34).

O processo de avanço que perpassa à Saúde Mental culmina com a Lei 10.216 de seis de Abril de 2001, que prevê a extinção e substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial.

Os serviços de atendimento ao Portador de Transtorno Mental são regulamentados pela Constituição Federal de 1988, ART.Nº. XX pela Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/90 e pela Portaria Ministerial (PM) nº. 336, de 19/02/2002. (SIQUEIRA, 2007, p. 35).

A situação do Portador de Transtorno Mental, através de suas formas de discriminação e segregação social, tem raiz na sociedade capitalista, sendo considerada expressão da questão social. É preciso então que o Serviço Social construa novas estratégias de enfrentamento a este problema, mediante uma prática que não reproduza a exclusão, o estigma e a segregação, imposta ao Portador de Transtorno Mental.

“Essas alternativas são construídas na articulação com outras políticas públicas além das setoriais, com os usuários, com os outros profissionais da equipe de saúde, com empresas, ONGs e com os movimentos sociais”. (SIQUEIRA, 2007, p. 53).

Neste sentido, há que se fazer valer o enfrentamento aos desafios impostos à profissão rumo as novas conquistas no que concerne à Saúde Mental.

Encontra-se neste contexto de discussões o HCTP, o qual se caracteriza como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conforme a Lei Estadual nº. 4.459 de sete de Janeiro de 1971 e tem como responsabilidade tratar, preservar e garantir qualidade de vida durante a hospitalização dos internos considerados inimputáveis⁶ perante a justiça. O Serviço Social está presente nesta Instituição há aproximadamente 30 anos, atuando junto à defesa e luta pela ampliação dos direitos dos usuários.

6 São considerados inimputáveis os sujeitos que após passarem por perícia médica são considerados incapazes de entender o caráter ilícito do delito cometido. Segundo Art. 26 do Código Penal, este sujeito vai ser isento de pena, podendo lhe ser aplicada uma Medida de Segurança por tempo indeterminado. Na maioria dos casos esta Medida de Segurança vai de um a três anos.

1.2. A estrutura do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o Serviço Social na atuação junto à população internada

De acordo com o Plano de Trabalho do Serviço Social (2005), o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é uma instituição pública sob responsabilidade estatal. Integra o conjunto de instituições do Sistema Penal do Estado de Santa Catarina, e está ligado ao Departamento de Administração Penal – DEAP e subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Foi criado em 1971, de acordo com a Lei Estadual nº 4.559, de sete de Janeiro de 1971, sob a administração do governador Colombo Machado Salles e presidência do General Emílio Garrastazu Médici, como exigência do Código Penal. Antes da Reforma do Código Penal Brasileiro, em 1984, o atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico recebia a denominação de Manicômio Estadual de Santa Catarina. Posteriormente à implantação deste Código, passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Segundo Gomes,

A mudança do nome tentava romper com o estigma que esta instituição tinha. O nome manicômio trás consigo o peso de uma instituição que na prática, era espaço de violência e segregação, já o nome hospital nos remete a idéia de tratamento, cura e reabilitação. Mas a simples troca do nome não é suficiente para que o estigma se rompa. (2009, p. 32).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um órgão de defesa social e clínica psiquiátrica, que tem como objetivo o tratamento psiquiátrico do interno, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo sua qualidade de vida e bom atendimento durante sua hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando a reintegração deles ao meio social e custodiar estes indivíduos que, por determinação jurídica tem uma medida de segurança⁷ a cumprir pelo delito que cometeram. (HCTP, 2005)

7 Trata-se a medida de segurança de sanção imposta a um indivíduo inimputável que comete crime, nos termos do art.26 e parágrafo único do Código Penal. O art.26 do Código Penal cita: é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único: a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não inteiramente capaz de entender o caráter ilícito ou de fato determinar-se com esse entendimento. (MONTEIRO, p.1751 *apud* GOMES, 2009, p.31)

Segundo Tavares,

A instituição presta serviços a pedido da Justiça Penal catarinense para todo e qualquer cidadão maior de idade que se envolva em processos criminais dentro da jurisdição competente e que necessite ser submetido ao Exame de Sanidade Mental, Dependência Toxicológica, Cessação de Periculosidade e Criminológico (para sentenciados comuns que não estão internados no HCTP e desejam obter livramento condicional ou mudança de regime). Mantém, ainda, sob sua custódia aqueles indivíduos que são submetidos à Medida de Segurança, conforme prevê a lei penal brasileira, ou que são transferidos de outras unidades prisionais para tratamento psiquiátrico temporário. (TAVARES, 2002, p. [...] *apud* BONASSA, 2004, p. 28-29).

Constitui-se em um misto de hospital-presídio. Este misto de hospital-presídio dificulta à proteção dos direitos dos internos, visto que a privação da liberdade se sobrepõe ao tratamento curativo da doença. Baseada na experiência de estágio, digo isto por alguns motivos:

- Primeiro pela estrutura física da Instituição. Desde sua construção, já passou por inúmeras reformas, segundo funcionários, mas nenhuma se enquadra na perspectiva de um Hospital, e prevê as exigências do Sistema Único de Saúde.
- Segundo, pois os funcionários chamados para trabalhar com este tipo de indivíduos, não estão preparados para lidar com os entraves deste problema social. Recebem o treinamento dispensado aos agentes que são alocados nas Penitenciárias e Presídios no geral, e que tem como público alvo internos sem comprometimento mental.
- E em terceiro, o fato da sociedade apresentar grande estigma em relação a essa porção da comunidade enclausurada, dificulta e muito o tratamento terapêutico dispensado ao Portador de Transtorno Mental.

“Ainda, observa-se que o tratamento psiquiátrico parece ocupar lugar secundário nas dinâmicas institucionais, evidenciando-se o privilégio do setor de segurança. Neste sentido, os procedimentos médicos, não raras vezes, são utilizados como procedimentos disciplinares, como é o caso do excesso de medicação e do uso de quartos individuais, também conhecidos como celas fortes para conter pacientes agitados.” (PERES, 1997 *apud* BONASSA, 2004, p. 27).

Vale ainda ressaltar, segundo Bonassa que,

“A infração trás consigo o estigma de “louco e bandido” e conseqüentemente o medo social do convívio com personagens com os quais não sabem lidar. Por isso, criam-se espaços como os manicômios que refletem o modelo asilar e reforçam a exclusão social”. (2004, p.80).

A diretriz aqui se concentra na expiação do castigo e contenção do interno e, e não na recuperação do mesmo. Sua finalidade, definida segundo regimento é:

- I - Realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
- II - Receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;
- III – Proceder a exame de sanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;
- IV – Exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica (Decreto n 4.283, de 22 de fevereiro de 1994).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico têm como política norteadora o Sistema Único de Saúde, apesar de não ser credenciado à este sistema. Para haver o credenciamento há necessidade de adaptação do Sistema Penal às exigências da lei n 10.216 de seis de Abril de 2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, bem como aos termos da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde. (HCTP, 2005)

O Serviço Social foi implantado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no ano de 1978, com a contratação de uma assistente social. Hoje conta com duas assistentes sociais e duas estagiárias. O objetivo geral deste na instituição visa o trabalho interdisciplinar, buscando uma melhora no atendimento ao Portador de Transtorno Mental e sua reintegração ao convívio social, resgatando ou atuando como mantenedor do vínculo familiar, a auto-estima e a cidadania do interno. O Serviço Social encontra-se subordinado a Gerência de Apoio Médico (GEAM) e não possui Gerência própria. (HCTP, 2005)

O Serviço Social, na Saúde Mental, tem como eixo os processos sócio-assistenciais, isto é, a intervenção está orientada para trabalhar diretamente com os usuários, especialmente com família e segmentos sociais vulneráveis. Segundo LIMA, (2004), são ações voltadas a responder demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos e dividem-se em quatro categorias: sócio-emergenciais, sócio-

terapêuticas, sócio-educativas e periciais, sendo que no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico as quatro categorias são contempladas. (HCTP, 2005)

Através dessas categorias de trabalho a instituição atende uma população que se divide em: (i) população internada para cumprir Medida de Segurança, (ii) população transitória, que fica na instituição para realizar Laudo de Sanidade Mental, podendo permanecer por um período de aproximadamente 45 dias; e (iii) população ambulatorial, onde apenas dos demais presídios de penitenciárias do Estado são levados ao hospital para serem submetidos a pareceres psiquiátricos ou para atendimento de ocorrências psiquiátricas. O público é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, em sua maioria de condição sócio-econômica precária, sendo proveniente de todo o território estadual. O Hospital conta com 97 leitos, mas o número de pacientes internados varia entre 130 e 140. (HCTP, 2005)

A população, como já referido anteriormente, é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, mas concentrada entre 28 e 32 anos, idade ativa e produtiva para o mercado de trabalho e constituição de suas famílias. Em sua maioria com carência econômica e nível de escolaridade baixo, sendo que 67% têm o ensino fundamental incompleto e 83% são de etnia branca, contrariando o imaginário de que indivíduos de baixa renda e condições estigmatizadas sejam negros. Quase metade dos pacientes internados são reincidentes, demonstrando uma ineficiência do tratamento para a reinserção social dos indivíduos. (MARCA, 2003 *apud* BONASSA, 2004, p. 29).

O fazer profissional dentro do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se realiza através de contatos diretos com os internos. Estes podem realizar-se de duas maneiras: o atendimento individual e grupal. O atendimento individual é realizado uma vez por semana ou sempre que o interno solicitar e compreende dentre os eixos dos processos sócio-assistenciais atividades que englobam: esclarecimento quanto às normas e rotinas da instituição; esclarecimento das questões previdenciárias; acolhimento do interno recém-internado e seus familiares; plantão social; encaminhamento aos recursos da comunidade; encaminhamentos internos, entre eles médicos, odontológicos e jurídicos; articulação de recursos institucionais e comunitários; providências em situação de alta; contato com familiares através de telefonemas ou cartas; resgate de vínculos familiares.

O atendimento grupal é realizado através de reuniões quinzenais e integra as Ações Sócio-Educativas. Os grupos são compostos em torno de 20 internos e neles são

trabalhados temas de interesses destes que buscam estimular a convivência em grupo, compartilhando de um projeto elaborado coletivamente e experimentando o desafio de relacionar-se em âmbito de troca; a troca de experiências e conhecimentos.

O atendimento grupal integra os principais instrumentos teórico-metodológicos utilizados pelo Serviço Social. A partir desses instrumentos técnicos pode-se prestar um serviço de qualidade tanto para os internos da instituição quanto para suas famílias. Esses instrumentos são criados e recriados de acordo com os objetivos e com as exigências da ação profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O objetivo é contribuir no sentido de responder as demandas posta pelos usuários na perspectiva da cidadania e dos direitos. (LIMA, 2004, p.4).

Historicamente o Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico vem se utilizando em seu referencial teórico, a obra e pensamento de Enrique Pichon-Riviére. Abordaremos brevemente na segunda sessão apontamentos principais do pensamento deste autor.

Também como espaço de participação efetiva dos internos o Setor Social em parceria com outros membros do corpo técnico da Instituição realiza a assembléia geral, que é um momento aberto aos internos de apresentarem questões referentes à instituição, tratamento recebido pelos profissionais, manutenção dos equipamentos e espaços físicos, críticas, dúvidas gerais e sugestões. Participam da reunião uma assistente social, uma estagiária, um agente de segurança e a prof^a de Ed. Física. Os internos são ouvidos e posteriormente o setor de Serviço Social realiza os encaminhamentos necessários. As assembléias acontecem todas as segundas-feiras às 9hs. Este momento se constitui a partir de reivindicações dos internos, de discussão de assuntos que dizem respeito a todos, como função político organizativa na instituição. Este é o espaço destinado para que os internos apresentem problemas na estrutura, no atendimento, nos serviços prestados a eles, assim como sugestões para melhorias no hospital e para uma melhor gestão.

Dentre as atividades dos profissionais de Serviço Social, há ainda as reuniões técnicas, realizadas entre os profissionais de Serviço Social e as estagiárias, as quais acontecem quinzenalmente; as reuniões realizadas com a equipe multiprofissional ocorrem uma vez por mês e conta com a participação do Diretor do hospital; e têm-se ainda as reuniões com a equipe de segurança realizada todas as sextas-feiras sob coordenação do Serviço Social. Neste sentido as reuniões realizadas entre esses setores são consideradas atividade interdisciplinar, no qual os vários segmentos profissionais

existentes dentro desta instituição se articulam, tendo como objetivo a defesa dos direitos dos internos. Existem falhas, assim como em muitos outros serviços, que se constituem num dificultador do trabalho prestado aos internos.

Para prestar um trabalho qualificado para os internos e ser um profissional propositivo, têm-se ainda um longo caminho a ser percorrido contra essas falhas institucionais. A seguir tentaremos elucidar de forma prática a característica de um profissional propositivo que desenvolve sua prática mediante uma instituição como esta.

2. O PROCESSO GRUPAL SEGUNDO ENRIQUE PICHON – RIVIÉRE

“Desde o começo da História e como condição da mesma o grupo é um sistema de relações cujo sentido é empreender ações destinadas a satisfazer as necessidades de seus integrantes.” (QUIROGA, p. 24,1987).

Enrique Pichon-Riviére, autor que esclarece e referencia a técnica de Grupo Operativo, aborda este assunto em seu livro *O Processo Grupal*, editado em 2000. O Serviço Social ao se deparar com a prática de Grupo Operativo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, utiliza-se da técnica construída por este autor, renomado psiquiatra, que busca e crê que a cura (ressocialização) do Portador de Transtorno Mental é encontrada no Grupo Operativo, por diversos motivos. A seguir serão expostas e sintetizadas algumas dessas motivações, caracterizando a prática de Grupo Operativo no sentido pichoniano.

O autor trabalha com a noção de Grupo Operativo na perspectiva da doença mental, e para tal define primeiro a loucura como uma,

[...] expressão de nossa incapacidade para suportar e elaborar um montante determinado de sofrimento. Esse nível de tolerância é específico para cada um de nós e depende, em grande parte da dificuldade relativa em superar a depressão infantil básica, tecida de frustrações, aspirações, demandas biológicas excessivas, provocando a emergência da agressão (zangas, broncas), de ansiedades depressivas e paranóides (os medos), da ambivalência, da culpa, de inibições, etc. (PICHON-RIVIÉRE, 1998, p. 54-55).

O “louco” diante das agravações da vida real não desenvolve respostas que se adaptem ao seu cotidiano e interpreta o real através de seus medos e ansiedades, fazendo com que seus atos se tornem repetitivos e sem modificações. “Quanto mais repetitiva é uma conduta, mais doente está o sujeito.” (QUIROGA, p.24, 1987).

Diante desta definição Pichon-Riviére então preconiza em sua noção de processo grupal, posições terapêuticas, isto é, desenvolve suas proposições direcionando-as para a obtenção da cura da doença mental (tentar fazer com que os internos diminuam seus medos e ansiedade e a doença não volte a agudizar). A aprendizagem e a compreensão da realidade com vistas à mudança são também para este autor processos indissociáveis dentro de um Grupo Operativo. A técnica empregada pelo autor é denominada “Grupo Operativo”, que procura diminuir o índice dos medos básicos, romper os estereótipos que os mantém e poder enfrentar um futuro que emerge do próprio processo. (DARÓS;

GONÇALVES, p. 3, 2009). Para tal técnica cada participante do grupo não é observado individualmente, mas sim como um sujeito social, que através da articulação com outros sujeitos constroem suas relações sociais, por vias da troca de experiências. A tarefa aqui se encontra atrelada ao campo da aprendizagem. “Neste critério a saúde mental identifica-se com a aprendizagem, com a capacidade de apropriar-se instrumentalmente da realidade para transformá-la.” (QUIROGA, p. 20, 1987).

Na concepção de Grupo Operativo, é através da centralização na atividade, que os sujeitos sociais interagem, e a partir desta interação sintetizam um conhecimento que favorece a todos. Darós e Gonçalves afirmam que,

Esta técnica caracteriza-se por estar centrada na tarefa grupal, ou seja, o caminho para a obtenção de seus objetivos, a noção de situação de aprendizagem a todo processo de interação, a todo tipo de manipulação ou apropriação do real, a toda tentativa de resposta coerente e significativa às demandas da realidade. (p.3, 2009).

O grupo se articula então operativamente em busca da potencialização de seus integrantes. Através da operatividade estes sujeitos inseridos num processo coletivo buscam reconhecer suas necessidades através da elaboração de um projeto e desempenho de uma tarefa. Porém, como afirma Darós e Gonçalves (2009) amparadas em Pichon-Riviére, a concepção de Grupo Operativo centrada na atividade abrange três momentos cruciais para o reconhecimento desta situação: a pré-tarefa, a tarefa e o projeto. A pré-tarefa se constitui no momento que as situações colocadas pelos indivíduos vão criando o caráter de desconstrução e desestruturação do conhecido, do já vivido, em busca da distinção entre o “velho e o novo”, “passado e presente”. Neste momento pode surgir a resistência à mudança, impulsionado pelas ansiedades e obstáculos postos pelos indivíduos. Tenciona-se então uma passagem da dependência à autonomia, da passividade à ação protagonista, da rivalidade à cooperação. (QUIROGA, p. 25, 1987).

A tarefa consiste no momento da aprendizagem da realidade. O momento em que a interpretação da pré-tarefa irá guiá-lo para elaboração do projeto. É um processo de maturação no qual os sujeitos vão se encontrar como protagonistas de sua identidade social, através do sentimento de pertença, cooperação e coletividade. É o momento da transformação do presente para o enfrentamento do futuro.

O projeto, fase final do Grupo Operativo, consiste na intervenção (estratégias e táticas sobre o assunto discutido) que o Portador de Transtorno Mental engendrou para

atuar nas situações reais, ou seja, é a forma como tais pessoas buscam para intervir nas situações cotidianas. “Essas transformações, por sua vez, modificarão a situação, que se tornará, então, nova para o sujeito, e assim o processo começa outra vez (modelo da espiral)”. (PICHON-RIVIÉRE, 1998, p.33 *apud* DARÓS; GONÇALVES, 2009, p.3).

Situa-se neste espaço operativo o papel do coordenador desta tarefa, que tem a função de porta-voz destes usuários.

[...] este mantém uma relação assimétrica com o grupo, é co-pensador. A sua tarefa consiste em refletir com o grupo a relação que estabelecessem entre si e com a tarefa prescrita. Conta com duas ferramentas: a assinalação e a interpretação, a primeira, opera sobre o explícito, e a segunda, é uma hipótese sobre o acontecer implícito. A partir dessas duas ferramentas o coordenador pode decodificar as informações que emergem e interpretar o processo grupal objetivando entregar os significados ao grupo. (DARÓS; GONÇALVES, p. 4, 2009).

Ao passo que assinala e interpreta o que lhe é colocado o coordenador estimula assim o grupo a comprometer-se com a transformação, deixando que os participantes tirem suas próprias conclusões do assunto abordado.

Num primeiro momento o coordenador do grupo reflete o sentido da palavra para cada membro do grupo, ou seja, de forma individual. O segundo passo é redimensionar essas necessidades individuais para um contexto grupal. Essas necessidades de uma forma ou de outra, já são comuns a todos os participantes do grupo, devido ao contexto institucional em que vivem, ou pela forma de vida em que os mesmos são inseridos na sociedade, só que são colocados no grupo de maneira individual, como se os indivíduos não tivessem necessidades comuns a todos os seres humanos. O coordenador entra em cena neste momento com o intuito de trazer à tona a realidade e questionar o ponto em comum, através das necessidades próprias, que os internos têm entre si, com o objetivo de promover a mudança. É através da interação que este processo é objetivado.

Apesar de esta técnica ser desenvolvida e aplicada por um profissional da Psiquiatria, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico o Grupo Operativo é experienciado por um profissional do Serviço Social. A seguir apontaremos como um profissional desta área pode se utilizar de uma técnica que foge de suas atribuições privatistas, mas que nesta Instituição se constitui como uma de suas competências.

2.1. A experiência do Serviço Social enquanto coordenador das reuniões de Grupo Operativo

Com base na experiência de estágio realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pode-se perceber que as maiores demandas dos internos incidem sob o atendimento individual e grupal.

Enquanto estagiária do setor de Serviço Social do Hospital de Custódia Tratamento Psiquiátrico tive, primeiramente, o processo de aproximação grupal com os internos à demanda ao qual mais me dediquei pelo fato de poder criar vínculos com estes. A princípio as reuniões foram coordenadas pelas estagiárias sob supervisão de uma Assistente Social. Essas reuniões realizadas quinzenalmente tiveram características que as definiram como grupo sócio-educativo. Os assuntos abordados com os internos foram escolhidos por estes de forma democrática e disseram respeito a assuntos de interesse comum. As metodologias das atividades foram variadas, incluindo leituras de reportagens e observação de figuras de revistas, criações artísticas (recortar e colar, elaborar painéis), etc. Os materiais utilizados nas atividades foram conseguidos com recursos institucionais e também escolhidos pelas estagiárias em pesquisas na internet, livros, jornais, entre outros.

A partir desse atendimento em grupo surgiram outras demandas, como: atendimento individual, telefonemas, participação em outras atividades realizadas pela Instituição, enfim, surgiram demandas variadas, e também de acordo com o tema trabalhado nas reuniões. Teve-se como objetivo trabalhar nestas reuniões temas sugeridos pelos próprios internos, de acordo com suas necessidades. Através do registro das reuniões grupais, uma delas realizada no ano de 2008, constatou-se que um dos assuntos trabalhados nessa reunião obteve uma discussão um pouco mais ampla. Um dos temas sugeridos pelos mesmos nos levou a incitar na Instituição uma discussão sobre os direitos e a cidadania do Portador de Transtorno Mental. Esta discussão culminou com o Projeto de Intervenção apresentado pelas estagiárias da Instituição no semestre 2008.2, como requisito parcial à disciplina de Estágio Obrigatório I. O projeto teve como objetivo geral “garantir o direito do PTM internado preconizado pela Lei 7.210/1984, com a promoção de uma alimentação suficiente, saudável e equilibrada”. (CORDIOLI, 2008, p. 17). O tema deste projeto foi trazido à tona, como já foi dito, em uma das discussões das reuniões de Grupo Operativo e possibilitou respostas às

necessidades trazidas pelos internos. Para tal, o Serviço Social (aqui no papel das estagiárias), utilizou seu aporte teórico-metodológico, ético-político acumulados, e outros conhecimentos para orientar e promover a assistência necessária aos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sendo assim, o alcance do Grupo Operativo se revelou eficaz como meio de aprendizagem, e foi possível observar que tais ações resultaram em mudanças de atitude dos internos (posicionamento, liberdade de expressão, autonomia, participação, entre outros). Pareceu que é precisamente neste ambiente de grupo que os internos puderam dar origem a mudanças mais criativas e concernentes às suas necessidades. Foi visível uma melhoria quanto ao seu tratamento neste Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

De acordo com a Lei nº. 7210 de 11 de Julho de 1984 em seu artigo 22, que trata sob a Execução Penal “[...] a assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade [...]”. (BRASIL, 1984). As reuniões de Grupo Operativo além de ter como objetivo, propor uma melhoria no atendimento aos internos, possibilitando o alcance de respostas às demandas trazidas pelos mesmos, tem por finalidade trabalhar a ressocialização do Portador de Transtorno Mental. Essa ressocialização tem por orientação o crescimento pessoal, desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relação interpessoal. Com base nisso, Torres diz que,

Em nossas modernas sociedades, todo indivíduo, é um membro de diferentes grupos sociais. Grupos que tem grande importância para o seu bem-estar social. Os homens despendem muito tempo realizando coisas reunidos em grupos. Somente dentro deles as pessoas podem se integrar e se realizar na sociedade. (1983, p.11).

“O objetivo geral do Serviço Social na instituição visa o trabalho interdisciplinar, buscando uma melhora no atendimento ao doente mental e sua reintegração ao convívio social [...]”. (CORDIOLI, p.5, 2008). Segue abaixo alguns dos parâmetros que garantem aos internos o direito à sua participação nas reuniões de grupo:

- Através da discussão de assuntos referentes à instituição (rotinas) e a si próprios (vivências anteriores à sua internação), o interno sente-se capacitado para identificar e estimular tendências e capacidades construtivas, aumentando sua auto-estima;

- O Grupo Operativo torna-se um facilitador para a comunicação entre internos e o meio sócio-familiar, através dos assuntos discutidos, que no geral tentam resgatar o contato dos mesmos com o meio externo;
- Estas reuniões buscam apoio nos vínculos extra-hospitalares dos internos, com o intuito de prepará-los para a desinstitucionalização;
- E por fim, estimulam a ampliação da autonomia dos internos.

Com a finalidade de alcançar esses parâmetros, o Grupo Operativo, através da autonomia e livre posicionamento, objetiva estimular a convivência em grupo, criar e fortalecer laços de companheirismo, incentivando assim a cooperação e a solidariedade entre os internos e oferecendo aos mesmos a oportunidade de sentir-se membro de um grupo, compartilhando de um projeto coletivo e experimentando o desafio de relacionar-se em âmbito de troca. O atendimento grupal é um momento de interação entre internos, na qual através da troca de experiência entre o coordenador da reunião e o interno, de fala destes, de escuta qualificada do profissional, acontece a discussão de temas diversos de interesses dos internos.

Independente da formação teórica ou técnica do profissional envolvido com grupos é desejável que ele esteja capacitado a reconhecer a variedade e a diversidade de demandas que se colocam no Grupo Operativo. Traz-se isto pelo fato da percepção de que em algumas reuniões grupais, certos internos não estiveram concentrados ou se ausentaram da reunião. Alguns, quando tiveram a oportunidade e vontade de falar, muitas vezes, emitiram pontos de vista que não tinha relação com o tema discutido, neste sentido, posicionaram-se com o discurso abstrato⁸ em relação aos outros integrantes do grupo. Concluiu-se que mesmo que o profissional não se proponha a intervir em todos os momentos de fala dos internos, é fundamental que tenha capacidade crítica e reflexiva inerentes à vivência do grupo.

O grupo operativo então sob a coordenação do Serviço Social visa,

“[...] o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; [...] a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos; a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, o significado manifesto e o que

8 Utilizado aqui como “aquilo que existe apenas no domínio das idéias, sem base material”. (MELHORAMENTOS, 1992, p.5)

permanece oculto.” (PAULILO, 1998, p. 125 *apud* BONASSA, 2004, p.54).

A abordagem do grupo é feita de tal forma, que se transcenda para além das aparências a resolutividade das demandas.

O cerne da análise encontra-se disposto no específico e individual, relacionados sempre com os contextos sociais dos quais as subjetividades emergem e no sentido de entender em profundidade as significações das ações aparentes. (BONASSA, 2004, p. 55).

Outro aspecto a ser sintetizado, é o fato de estes internos estarem se constituindo como pertencentes a um grupo. Eles estão, através da criação de vínculos, laços, criando o sentimento de serem compreendidos como “partes de um todo”.

O grupo pode ser identificado como uma abordagem estratégica para potencializar as relações sociais, porque possibilita a reconstrução de histórias de vida, é um espaço em que emoções e sentimentos que estavam reprimidos aparecem, abrindo possibilidades para que acontecimentos e situações possam ser ressignificados. (GUIMARÃES, 2002 *apud* IZAIANE, 2007, p.40).

Os internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico chegam, na maioria das vezes, com suas relações familiares fragmentadas devido às dificuldades vivenciadas no cotidiano. O espaço grupal possibilita este resgate de sua história de vida, fazendo com o que o interno perceba a importância da relação dele com terceiros, e considerando a Instituição (Serviço Social) como intermediária dessa relação.

O Assistente Social neste espaço deve se fazer valer de seu instrumental teórico e prático, além de uma expressa aproximação com todo o aparato legal, para poder assim, responder as demandas dos usuários sustentando sua prática em ações no sentido de superar o senso comum. (VASCONCELOS, 2007). Neste sentido, o profissional de Serviço Social se encontra num espaço de trabalho pouco convencional, que em alguns casos torna-se determinante para uma prática mais articulada com a categoria, no qual a qualificação para a realização de um trabalho de qualidade é latente.

Com a preocupação de evidenciar seu empenho em atender as demandas manifestadas pelos usuários, explicitam uma preocupação e interesse pelas suas condições de vida, colocando-se politicamente favoráveis a eles. ”(VASCONCELOS, 2007, p.421).

Desse modo, empreende-se uma discussão, a seguir, do trabalho do Assistente Social no Grupo Operativo pensado no contexto da reintegração do interno à sociedade.

2.2. A importância do Grupo Operativo na reinserção social do Portador de Transtorno Mental

Para se entender a problemática da reinserção social, é necessário empreender uma discussão sobre a questão social e suas expressões na sociedade, pois este é o fio condutor que nos levará a uma compreensão mais ampla da reintegração do Portador de Transtorno Mental e sobre as dificuldades da reinserção do mesmo à sociedade, na qual “as oportunidades não são para todos, e os meios de produção estão nas mãos de poucos”. (SIQUEIRA, 2001, p.57).

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se trabalha com sujeitos que têm sua condição de cidadão de direitos negada e são marginalizados pelo fato de não se enquadrarem nas relações de produção da sociedade burguesa. A exclusão social como expressão da questão social, é o fator determinante para estes fatos. Esta pode ser aqui definida através da concepção de Juncá, que diz que,

Na realidade brasileira, a exclusão é um termo impreciso, que admite vários sentidos, parece haver certo consenso em sua associação á problemática da desigualdade social. Circulando num cenário onde habitam a pobreza, a miséria, a indigência, outros termos também de contraditória definição empírica, a exclusão se delinea e se firma como fruto perverso do capitalismo brasileiro. Constitui-se de certa forma como evolução e limite máximo, de um quadro de carências que vêm se acentuando historicamente, carências essas que extrapolam as fronteiras dos bens tidos como materiais e atingem o amplo e complexo campo de privação das condições básicas para o exercício da cidadania. (JUNCÁ, 1996:108 *apud* SIQUEIRA, 2001, p. 58).

Esta relação de produção proporciona lucro e privilégios para poucos indivíduos, os detentores dos meios de produção, em detrimento do empobrecimento da maioria da população, os trabalhadores, que encontram na venda da sua força de trabalho o único meio de sobrevivência. Segundo Siqueira,

Entendemos que esse perfil concentrador de rendas e riquezas da sociedade tem implicações diretas no agravamento da questão social, e, conseqüentemente, do alargamento do fosso existente entre pobres e ricos, que tão bem se reflete nos bolsões de marginalizados, que ao longo dos anos, tem se construído em nosso país. (SIQUEIRA, 2001, p. 57).

Diante de tal situação, quem não se encaixa no perfil de trabalhador comprometido com o capital é excluído do mercado de trabalho.

De acordo com Oswaldo Junior, o Portador de Transtorno Mental, sendo excluído do mercado de trabalho,

[...] não se permite [...] a construção de um patrimônio de objetivizações, que é condição necessária para que se rompa com o isolamento e a cronificação e possibilite o seu retorno ao mundo dos homens ou do humano. Assim, acabam reduzidos a alguma funções da espécie, ou seja, comer, beber, dormir, entre outras de caráter quase que exclusivamente biológico. (OSWALDO JUNIOR, 2002, p. 95 *apud* BONASSA, 2004, p. 45).

A população atendida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é justamente essa que o mercado de trabalho não absorveu diante da falta de inúmeros quesitos necessários a concorrência de uma vaga no mercado de trabalho, somado ao fato de esta população ser alvo de preconceitos socialmente produzidos.

Observou-se nas falas dos internos, em atendimentos individuais e grupais, aliado a todo o mecanismo de controle social da sociedade capitalista, que o trabalho “[...] sempre é citado como um dos primeiros elementos a serem resgatados”. Para estes indivíduos “[...] O não trabalhar aparece com significado de falta de vontade, falha de caráter.” (BONASSA, 2004, p. 70).

Para esclarecer melhor, Iamamoto diz que:

Cresce o problema central do mundo contemporâneo, sob o domínio do grande capital financeiro em relação ao capital produtivo: o desemprego e a crescente exclusão de contingentes expressivos de trabalhadores da possibilidade de inserção ou re-inserção no mercado, que se torna estreito em relação à oferta de força de trabalho disponível. Essa redução do emprego, aliada à retração do Estado em suas responsabilidades públicas no âmbito dos serviços e direitos sociais, faz crescer a pobreza e a miséria, passa a comprometer os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida. (IAMAMOTO, 1998:87 *apud* SIQUEIRA, 2001, p. 57).

Ao se levar em conta a desresponsabilização do Estado mediante esta situação e a exploração cada vez maior por parte do capital, as expressões da questão social tendem a agravar cada vez mais e conseqüentemente a criminalidade também, o que por sua vez acarretará no aumento de internos nas penitenciárias, presídios, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, entre outras instituições que “abrigam” aqueles que “não interessam muito à sociedade”.

Também segundo Gueiros,

Á 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. (2002 *apud* BONASSA, 2004, p. 40).

O espaço da exclusão é constituído por aquelas pessoas portadoras de direitos garantidos em Constituição, mas que não os tem efetivados.

Beaklini e Escorel defendem que, “[...] essas pessoas não tiveram no mundo do trabalho seu sistema gerador de identidade, comportamentos e valores do trabalhador, nem a percepção da titularidade dos direitos a ele associada.” (BEAKLINI e ESCOREL 2002, p.108 *apud* BONASSA, 2004, p. 45).

Estas pessoas segundo Dupas são apontadas como:

[...] os desempregados de longo prazo, os empregados submetidos a empregos precários e não qualificados, os velhos e os não protegidos pela legislação, os que ganham pouco, os sem-terra, os sem-habilidades, os analfabetos, os evadidos da escola, os excepcionais físicos e mentais, os viciados em drogas, os delinquentes e presos, as crianças problemáticas e que sofrem abusos, os trabalhadores infantis, as mulheres, os estrangeiros, os imigrantes e os refugiados, as minorias raciais, religiosas e em termos de idiomas, os que recebem assistência social, os residentes em vizinhanças deterioradas e os pobres que têm consumo abaixo do nível considerado de subsistência [...]. (1999:13-27 *apud* SIQUEIRA, 2001, p.59).

E cabe a estas Instituições “abrigar” estes indivíduos que por algum motivo tem sua dignidade atingida. Siqueira diz que:

O mundo da exclusão é constituída também de uma realidade em que tudo falta, e suas vítimas são, muitas vezes, responsabilizadas por isso. Se não reagem para transformar essa realidade, são consideradas acomodadas com a situação, perpetuando-a. (2001, p.58)

Observa-se nas instituições que tem como função custodiar, a realidade de internos culpabilizados pela sociedade por não terem estudo, por não terem trabalhado, por não terem constituído família, por serem usuários de drogas, enfim, são responsabilizados por uma realidade que lhes é imposta, por não terem outra opção. Tudo gira em torno da capacidade de produzir.

Segundo Ortiz o trabalho então é avaliado como uma,

[...] virtude essencial, seja para o capitalista, que aumenta seus lucros, ou para o operário, que não só melhora suas condições de vida, como se afirma enquanto parte de uma classe social emergente. (1994, p.136 *apud* BONASSA, 2004, p. 46).

Sabe-se que este tipo de situação não é culpa do indivíduo, mas sim de toda a sociedade, que contribui para que modelos como estes se perpetuem. Um encaminhamento para esta questão seria a implementação e efetivação de políticas sociais com foco na justiça social e que privilegiem o exercício da cidadania.

Através de pré-conceitos produzidos socialmente, os indivíduos engendram que a criminalidade é fomentada apenas pela pobreza, mas ao contrário do que muitos pensam, existem outros critérios que alimentam o aumento da violência. Rosa entende que a população atendida pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico,

“[...] é majoritária em termos de origem de classe e também como população psiquiátrica, pois, historicamente, o sistema asilar e o hospital psiquiátrico constituíram-se em uma das modalidades assistenciais no tratamento da pobreza [...]”. (ROSA, 2000, p. 269 *apud* BONASSA, 2004, p. 41).

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, além da pobreza e outros critérios, pois a maioria dos internos provém de famílias em condições sócio-econômica precárias, a doença mental favorece o delito que os mesmos cometem. Segundo Siqueira,

“[...] deve ser ressaltado que esse quadro de agravamento da violência tem como resultado a superpopulação carcerária existente hoje no país. Isso em razão da incapacidade de o Estado manifestar, em suas ações, a implementação de políticas públicas que supram as necessidades dessa grande parcela de nossa sociedade. Com a ausência de proteção social por parte do Estado, certamente a classe detentora do capital ditará as normas de convivência na sociedade segundo os seus interesses, em detrimento dos interesses dos desprotegidos [...]”. (2001, p. 60).

Para o indivíduo que comete algum delito, tem-se como processo de reintegração do interno á sociedade, a inclusão em sistemas de cerceamento da liberdade. De acordo com Bonassa (2004, p. 20), “[...] a prisão, é um espaço de transformação do indivíduo que será devolvido já modificado ao meio social [...]”. Estes indivíduos “pagarão” o que devem à sociedade, tendo sua liberdade restrita. De acordo com Siqueira,

O ordenamento jurídico legal penal brasileiro relaciona os seguintes estabelecimentos para que o condenado cumpra a sua pena: a penitenciária, que se destina ao cumprimento de pena de reclusão em regime fechado; a colônia agrícola, industrial ou similar, para penas em regime semi-aberto; a casa do albergado, para os condenados a penas de liberdade em regime aberto, ou pena de limitação de fim de semana; e por último, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, destinado a cidadãos que não podem ser responsabilizados pelos delitos que praticaram. Para que o cidadão retorne à sociedade, a lei determina que ele seja submetido a alguns programas que, em tese, possibilitariam o seu retorno à sociedade. Dentre esses programas está o trabalho e o direito á assistencial social. (2001, p. 63).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como uma Instituição que tem como função custodiar pode ser considerado “[...] prisão, entendida como espaço degradante e perverso” (BONASSA, 2004, p.23), e tem como papel, assim como outras prisões, “moldar” os indivíduos de acordo com os princípios da sociedade burguesa, segundo a qual:

Os corpos dos condenados, mais do que punidos, deveriam ser transformados em corpos dóceis através de técnicas de correção, processos de treinamento, até de traduzirem em novos comportamentos, produtivos e socialmente úteis. A prisão foi projetada como uma empresa de modificações de indivíduos, assim como a escola, as oficinas, os quartéis. (FOUCAULT, 1998: 208 *apud* SIQUEIRA, 2001, p. 64).

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, único em todo o Estado, este trabalho de reeducação dos internos é feito através da equipe multidisciplinar, entre elas: o psiquiatra, que realiza seu trabalho em função da melhora da saúde psíquica dos internos; a psicóloga, que exerce seu trabalho na mesma direção que o psiquiatra, tentando pôr fim às angústias do dia-a-dia dos internos; a enfermagem que é o serviço mediador da equipe de saúde, e que trata das enfermidades destes; e entre outras categorias profissionais, também o Serviço Social que além de realizar um trabalho na direção de proporcionar um tratamento de qualidade para os internos se utilizando de seus vários instrumentais, também é responsável pela coordenação do Grupo Operativo, e crê que através deste possibilitará ao interno o retorno gradativo á sociedade.

No Grupo Operativo realizado nesta instituição, o Serviço Social enquanto coordenador das reuniões e enquanto categoria profissional comprometida com a defesa

intransigente dos direitos, e que se empenha pelo enfrentamento das questões que privam os internos de seu exercício de cidadania ou que não tem os mínimos sociais garantidos, procura estimular a operatividade dos internos em busca de mudanças, garantindo assim a satisfação de suas necessidades. A mudança não só para obtenção da cura, mas como processo de aprendizagem através da troca de experiências e informação no grupo, e a partir destas o interno engendre mudanças que o levarão ao retorno gradativo à sociedade.

Saraceno diz que a reintegração social seria, “[...] um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. (SARACENO, 2001, p. 16 *apud* BONASSA, 2004, p. 36).

O Serviço Social que desempenha sua função no Grupo Operativo através da troca de experiências tem o objetivo de fazer valer essa posição de cidadãos de direitos dos internos, que já lhes fora negada e é novamente ameaçada no momento que os mesmos são detidos. Este processo se efetiva, segundo Camargo, através de ações em que:

O presidiário deve perder a sua auto-imagem, assim como perde alguns dos seus direitos fundamentais, como votar, responsabilizar-se pelos filhos, manter habitualmente relações heterossexuais. Perde sua privacidade e, na maioria dos presídios, de modo absoluto: está permanentemente exposto aos olhares dos outros, no pátio, no dormitório coletivo, no banheiro sem porta. Deve conviver intimamente com companheiros que não escolheu, muitas vezes indesejáveis; as suas visitas são públicas a sua correspondência toda lida e censurada. (CAMARGO, 1990: 135 *apud* SIQUEIRA, 2001, p.65).

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico este processo é muito mais perverso, pois estamos lidando com pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, e perante a justiça são considerados inimputáveis (que não se pode atribuir culpa), e por este motivo, de acordo com o artigo 26 do Código Penal Brasileiro, são absolvidos da acusação e recebem Medida de Segurança em substituição à pena.

Freitas define a reintegração social como, “[...] qualificações básicas inerentes à participação dos indivíduos em sistemas de interação, à solução de problemas interpessoais e à aprendizagem” (1998, p. [...] *apud* BONASSA, 2004, p. 34).

No espaço do Grupo Operativo o Serviço Social é visto como meio para despertar no indivíduo Portador de Transtorno Mental “[...] a sua capacidade criativa e

sua força transformadora da natureza [...]”. (SIQUEIRA, 2001, p. 69). A partir de uma visão crítica dos Assistentes Sociais perante o montante de idéias que são trocadas no interior do Grupo Operativo, é que a reintegração do Portador de Transtorno Mental realmente vai se efetivar. Ao contrário do objetivo das Instituições que tem por meta o controle do indivíduo, o Serviço Social está inserido neste contexto com o propósito de “[...] vencer os preconceitos disseminados na opinião pública [...]” (SIQUEIRA, 2001, p. 71) e consolidar a retorno gradativo do interno ao meio sócio-familiar.

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o Grupo Operativo, é um instrumento facilitador que prepara o interno para o retorno à liberdade. Através do aparato legal da profissão que exige uma atuação comprometida,

“Com os usuários, com autonomia e a emancipação dos indivíduos sociais, com base na liberdade, na democracia, cidadania, justiça e igualdade social; na defesa intransigente dos direitos humanos com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora; a recusa do arbítrio e do autoritarismo, assegurando a universalidade de acesso aos bens e às políticas sociais; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, respeitando a diversidade e a participação; a garantia do pluralismo; a opção por um projeto profissional na construção de uma nova sociedade, sem dominação e exploração de classe, etnia e gênero; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual para a competência profissional” (CFESS, 1993 *apud* SIQUEIRA, 2001, p. 72).

Para os internos desta Instituição o Serviço Social e o Grupo Operativo são uma das poucas possibilidades que os mesmos buscam como forma de acesso aos direitos e como facilitador de mudanças. Segundo Siqueira,

A assistência social, assim, se constitui um elemento-chave para a construção da cidadania, sempre negada aos encarcerados e a uma parcela significativa da nossa sociedade. A cidadania não é dada por nascimento e por registro formal. A cidadania, como conquista dos atores sociais, é resultado da consciência política e da participação efetiva na luta que se trava para a construção de estruturas sociais justas. (2001, p. 73).

E para que isto ocorra no Grupo Operativo, tem-se que ver o outro a partir do que ele é, e não a partir do que se projeta nele. Por isso práticas paternalistas, de domínio, que subalternizem o indivíduo têm que ser abolidas da prática profissional, para qualificar o princípio da cidadania contido no projeto ético-político da profissão. E para que isso aconteça Bisneto, nos diz que,

Creemos que uma prática grupal vai ser bem sucedida se possibilitar a apropriação de todos os participantes das relações sociais que a perpassam: relações econômicas (que a instituição garanta estatutariamente o apoio material para a continuidade da atividade grupal), políticas (que seja um grupo autogestivo, em que a vontade coletiva possa ser respeitada pelo estabelecimento) e ideológicas (que no grupo seja contemplado a expressão democrática de todos e o respeito pelas idéias emanadas) é o que já foi dito pela sócio-análise: transformar os grupos- submetidos em grupos-sujeitos, através da auto-análise e autogestão. (2007, p.196).

As ações do Assistente Social dentro do Grupo Operativo devem estar voltadas para que “[...] preservem, em sua essência, a direção ético-política definida pela categoria para a prática do Serviço Social [...]” (SOUZA; AZEREDO, 2004, p 51), e dentro da Instituição seja moldada perante as demandas que se colocam pelos internos. Diante desta ação competente, a reinserção social do Portador de Transtorno Mental (objetivo máximo de todo trabalho realizado com os internos) possa ser alcançada.

Segundo (Beaklini e Escorel 2002 apud BONASSA, 2004, p. 33) “[...] o retorno ao convívio das relações sociais está relacionado ao seu poder contratual ou exercício de seu protagonismo.”

Neste sentido, na sessão seguinte, procura-se refletir esta prática de Grupo Operativo articulada às Ações Sócio-Educativas, como uma intervenção que permita aos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ampliar sua reflexão sobre seus direitos e sua cidadania, garantindo assim sua reinserção sócio-familiar.

3. A CENTRALIDADE DAS AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS NO COTIDIANO DO FAZER PROFISSIONAL

As ações profissionais do Serviço Social segundo Lima (2004) se estruturam em torno de três eixos de intervenção que garantem subsídios e legitimidade para estas ações que contêm tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, são eles:

1-Processos políticos organizativos: podem ser definidos como uma área de trabalho dos assistentes sociais que têm como foco de intervenção a participação social quer seja no associativismo civil, nos movimentos sociais e na esfera pública (Conselhos de Gestão e de Direitos). Nele o trabalho profissional se desenvolve basicamente através de ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens como a grupal, a individual e a coletiva, utilizando-se de diferentes instrumentos técnico-operativos;

2- Processos de Planejamento e Gestão: a intervenção consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para gestão e capacitação de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços.

3-Processos Sócio-Assistenciais: a intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos [...]. (LIMA, 2004, p. 62-63).

Integra este último eixo o foco da reflexão que se pretende trabalhar neste estudo: as Ações Sócio-Educativas que elucidam a perspectiva da cidadania e dos direitos.

As Ações Sócio-Educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam por alternativas e resolutividade para a demanda do usuário. (LIMA, 2004).

Neste caso, essas ações se vinculam diretamente com os usuários no esclarecimento de assuntos a que os mesmos demonstrem dúvidas. O desafio destas ações reside em como realizá-las a partir do projeto ético-político da profissão. Para responder esse desafio se deve entender a intervenção profissional pela ótica da totalidade, isto é, não tratar o sujeito individualmente e culpabilizá-lo por seus problemas, mas sim apreendê-lo dentro do processo histórico condicionado pelas relações entre as classes. Este pensamento é compartilhado por Lima, que diz que,

[...] a intervenção profissional é apreendida em movimento dentro do processo histórico profundamente condicionada pelas relações entre as classes na sociedade e está direcionada tanto para as condições materiais, quanto para as condições sociais de vida da classe trabalhadora [...]. (LIMA, 2004, p. 51).

O fazer profissional se direciona para as ações que se caracterizam como social, e não só material. Essas ações incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura. O objetivo central é corresponder à perspectiva dos direitos e da cidadania. Os autores Cardoso e Maciel referenciam de forma clara e explícita as Ações Sócio-Educativas,

As ações sócio-educativas são identificadas como um marco na intervenção do Serviço Social, pois esta “se institucionaliza e se desenvolve na sociedade capitalista como ações de cunho sócio-educativo, inscrita no campo político - ideológico, nos marcos institucionais das políticas sociais públicas e privadas. (CARDOSO e MACIEL, 2000, p.142 *apud* LIMA, 2004, p.63).

Segundo Lima (2004) estas ações podem ser realizadas de duas formas: a primeira é voltada a efetivar a tendência conservadora que permeou a profissão do Assistente Social desde seus primórdios e, a segunda, vai ao encontro dos princípios pautados no projeto ético-político da profissão.

A atuação profissional do Serviço Social dentro do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em todas as suas atividades está comprometida com a defesa intransigente dos direitos humanos. Nesta perspectiva, o processo grupal corresponde a este compromisso e visa atender de fato às necessidades sociais dos internos, de forma a facilitar a apreensão do acesso aos direitos por parte dos internos.

Nessa perspectiva Silva (2000, p. 114 *apud* LIMA 2004, p. 65),

[...] considera a socialização da informação como a principal característica desse processo e através dela se “procura tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais, a lógica a partir da qual se originam e se estruturam na sociedade capitalista, bem como os meios e condições de acessá-las.

Existem grupos com os mais variados objetivos. No que se refere ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, à experiência grupal se realiza com o intuito de auxiliar no tratamento psiquiátrico do paciente, na medida em que ele próprio vai

retomando sua consciência de sujeito que adquire enquanto co-participante do processo grupal.

Tradicionalmente a discussão das Ações Sócio-Educativas tem sido feita através das referências da Pedagogia de Paulo Freire, ou da noção de *Empowerment*. (LIMA, 2004, p. 67). Segundo estas perspectivas este processo informativo é visto como uma ferramenta que além de fomentar a autonomia dos sujeitos desafia-os a transformar a realidade em que vivem. Segundo Oliveira,

[...] só há educação com transformação [...]; [...] só há educação quando se consegue mudar a vida das pessoas, quando ela anima as pessoas a fazer algo que seja necessário para este processo de transformação, quando leva o sujeito a viver melhor, a viver uma vida diferente. (OLIVEIRA, 1987, p.30).

Por isso este processo informativo é visto como um momento imprescindível dentro de Instituições como estas, pois além de proporcionar uma melhora no tratamento do interno através da sua participação no tratamento, sendo alcançada através do reconhecimento e entendimento dos seus direitos, proporciona uma postura de autonomia e liberdade de expressão, indispensável ao Portador de Transtorno Mental que retorna ao convívio sócio-familiar.

Este processo se solidifica e vai aos poucos adquirindo caráter de transformação na medida em que os sujeitos vão se encontrando como protagonistas de sua história. Neste caso como afirma Quiroga,

A aprendizagem é um problema político, o conhecimento é um problema político porque o que nos constitui como sujeitos cognoscentes, é sermos sujeitos de uma práxis. O fato de ser essencialmente sujeito da práxis é que define o homem como sujeito essencialmente cognoscentes. (QUIROGA (b), 1987, p.44).

Segundo Lima (2004) após o Movimento de Reconceituação da profissão de Serviço Social (fim da década de 70, início de 80), as Ações Sócio-Educativas passaram a ser concebidas sob outra perspectiva. São orientadas para uma intervenção pautada nos interesses de uma classe. Esta perspectiva vai ao encontro do processo de reconceituação da profissão, que ao começar a questionar suas bases de sistematização e profissionalização passa a apropriar-se de um fazer profissional voltado a atender as necessidades da população.

No contexto do trabalho na Saúde Mental, o Assistente Social é chamado a contribuir com seu arsenal teórico-metodológico, nas situações de maior vulnerabilidade dos sujeitos. Quanto a isso Lima (2004) nos diz que,

A intervenção profissional através da ação sócio-educativa opera em um movimento de busca por alternativas onde a lógica do atendimento reside no usuário enquanto sujeito, ou seja, a partir de seus problemas contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria forma de caminhar com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como alterar em longo prazo essa produção de sofrimento/ carência no âmbito das relações sociais ao remetê-lo para a participação em Processos Político – Organizativos. (LIMA, 2004, p. 68).

Esta questão traz à tona outro ponto de maior relevância: o papel de executor das Ações Sócio-Educativas, no caso do Grupo Operativo, o coordenador, não ser um mero transmissor de informações, mas que possa transcender este papel, e se envolva num processo de reflexão com os internos, fazendo-os perceberem-se como sujeitos participantes de uma ordem social que os objetiva como sujeitos de Direitos.

“O papel do agente social como educador ou educando, como coordenador ou participante é ativo e deve levar as pessoas a uma apropriação da realidade, tendo presente a opção política de transformação.” (GAYOTTO, 1987, p.80).

3.1. As ações profissionais no Grupo Operativo sob o viés Sócio-Educativo

Assim como o Grupo Operativo, as Ações Sócio-Educativas fazem parte de um processo em que profissional e usuário compartilham de experiências como ferramenta para a transformação. Através da relação baseada no vínculo entre esses dois sujeitos, a intervenção do profissional,

[...] passa a se constituir em um “canal” de escuta dos problemas, para a troca de informações, para o mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para o estabelecimento de um processo de decisões que pode possibilitar intervenções realmente pertinentes expostas pelo usuário [...]. (MERHY, 1997 *apud* LIMA, 2004, p.70).

Como já se abordou na sessão anterior, a concepção de Grupo Operativo centrada na tarefa abrange três momentos cruciais para o reconhecimento desta situação: a pré-tarefa, a tarefa e o projeto.

A pré-tarefa é o momento do acolhimento dos internos, da criação de vínculo, na qual a troca de falas inicial servirá de base para toda a proposta do Grupo. Neste momento são expostos os medos, as inquietações, as ansiedades, ou seja, é o momento em que cada interno manifesta sua fala, e um dos poucos momentos em que ele se relaciona autônoma e democraticamente com os outros internos. Nesta hora dispensada para a realização da reunião em grupo, o interno deixa de ser mais um entre tantos custodiados, e passa ser sujeito participante deste processo, e vê que “... mesmo tendo um objetivo que os une, cada um é diferente em sua identidade...”. (DARÓS, GONÇALVES, 2009, p.6).

A tarefa é o espaço para que as informações trocadas no primeiro momento se transformem na base da ação profissional. Mediante os assuntos propostos pelos internos, tais como, higiene, alimentação saudável, drogas, histórico de vida, trabalho, tratamento, família, enfim, o coordenador juntamente com os internos pensará na resolução das demandas, que foram colocadas na pré-tarefa, e assim trará novas possibilidades de enfrentamento das mesmas, que culminará com o novo projeto de vida, ou a fase final do grupo, o Projeto.

O Assistente social ao utilizar esta técnica desenvolvida por Pichon Riviére, estudado por Paulo Freire, realiza sua prática profissional de acordo com o projeto ético-político inerente a profissão, e se utiliza daquele instrumental que vai ao encontro da efetivação dos direitos dos indivíduos, tornando-os co-participantes deste processo. Neste sentido pode-se pensar a prática profissional através da “pedagogia de emancipação”. A seguir traçaremos o perfil pedagógico do assistente social, no que concerne ao Grupo Operativo.

3.2. Perfil pedagógico da ação profissional do Assistente Social

Para traçar o perfil pedagógico da ação profissional atual, há que se fazer um resgate à prática assistencial juntamente a sua implantação, pois como nos traz Lima, “[...] a competência técnica dos Assistentes sociais adquire uma conotação ética à

medida que as ações profissionais são realizadas em consonância com o projeto profissional assumido pela categoria [...]”. (LIMA, 2004, p. 73).

Na década de 30, que remonta á origem do Serviço Social, o perfil deste profissional se baseava em técnicas de ajuda, onde o indivíduo era responsabilizado por seus problemas. Segundo Lima (2004), “[...] os problemas sociais eram entendidos como desajustes [...]”. (LIMA, 2004, p.14)

A partir de década de 60 a profissão começa a se questionar e pautar sua intervenção em uma perspectiva crítica-reflexiva, como nos traz Lima (2004), mas ainda percebem-se estratégias utilizadas por estes profissionais que individualizavam os problemas sociais. Estas estratégias psicologizavam o indivíduo.

A partir da década de 80, com a influência da teoria crítico dialética trazida pelo Movimento de Reconceituação, os Assistentes Sociais passam a despertar para um fazer profissional crítico na tentativa de romper com práticas tradicionais.

O Movimento de Reconceituação foi identificado como um “despertar crítico de alguns Assistentes Sociais que procuravam refletir sua prática” e apresentou como componentes básicos: a crítica quase sempre radical às bases teórico-metodológicas positivistas e funcionalistas; e o esforço para a construção de um marco teórico-prático do Serviço Social em resposta à realidade Latino-Americana e à luz de um posicionamento ideológico (COSTA, 1979; JUNQUEIRA, 1980; SETUBAL, 1983; YAZBEK, 2000 apud LIMA, 2004, p.15).

Neste momento o Serviço Social incorpora ao seu fazer profissional a prática da “pedagogia da emancipação”, assim como nos traz Vigolo (2009),

[...] os assistentes sociais comprometem-se em atuar na direção de contribuir na organização de uma cultura de transformação social entre as classes subalternizadas. Obviamente, porém, tal pedagogia é muitas vezes limitada devido às barreiras que encontra por se contrapor aos interesses da classe hegemônica da sociedade capitalista, e também por não ter sido ainda efetivamente assumida pelos profissionais da área [...]. (VIGOLO, 2009, p.4).

O “novo projeto profissional” traz consigo,

Os avanços concretizados através do domínio da dimensão política levam a categoria profissional a estabelecer um projeto profissional de transformação, assumindo a defesa intransigente dos direitos humanos através de uma conduta radicalmente democrática [...]. (LIMA, 2004, p. 17).

Este novo projeto vincula-se às lutas da classe trabalhadora na busca por novas estratégias de enfrentamento aos interesses do capital. A atual sociedade capitalista afirma suas práticas em torno da racionalização do trabalho e reorganização da cultura, criando normas e condutas individuais e coletivas para atingir seus objetivos. (ABREU, 2002). O que se quer aqui é adaptar o indivíduo à sociedade capitalista, como forma única de sustentabilidade, ou a única que deu certo até então.

A realidade é ocultada pelos padrões de consumo, e as necessidades humanas são baseadas em desejos materiais. Uma nova cultura vai se estabelecendo em detrimento do bem-estar social. Segundo Abreu (2002),

“[...] o capital procura não só reestruturar-se, reconstituir-se materialmente, para garantir a recuperação e a contínua elevação das taxas médias de lucro, sua reprodução ampliada à custa do aprofundamento dos processos de exploração e dominação sobre o trabalho; procura também recompor as bases político-culturais de sua hegemonia, isto é, reorganizar a cultura para adequá-la às alterações introduzidas no padrão de racionalização da produção e do trabalho, tendo em vista a unidade em torno dos interesses da acumulação capitalista [...]”. (ABREU, 2002, p.45-46).

Paralelo a este processo, a classe trabalhadora se organiza para combater estas estratégias. Mas perante toda essa reforma cultural, a classe trabalhadora só transcenderá esta cultura do consumismo em busca de uma sociedade alternativa, quando conscientizar-se do papel que tem neste processo. Reside aí o desafio da prática profissional pedagógica que realize uma leitura das reais necessidades da população.

Mas nem sempre esta prática estabeleceu-se de forma a privilegiar as necessidades da população. Abreu (2002) deixa claro isso quando nos diz que,

Nos marcos do americanismo e da sua expansão no pós- 1945 como “cultura do bem-estar” no bojo do Estado de bem-estar, o Serviço Social desenvolve-se como profissão de cunho eminentemente educativo, sustentada, principalmente nas influências pedagógicas do taylorismo e filosofia neotomista. Vincula-se às estratégias educativas que se estabelecem face à necessidade de atualização do conformismo social, isto é, de adaptação do trabalhador aos imperativos da produção e do trabalho. (ABREU, 2002, p. 50).

O Serviço Social é chamado a dar sua contribuição no sentido de enquadrar os indivíduos à nova ordem cultural. Era preciso que os mesmos tivessem a consciência que através da cooperação e o consenso, a produtividade aumentaria, e a prosperidade seria garantia na certa. Quanto mais os trabalhadores se dedicassem, deixando de lado a

ociosidade, maiores seriam as possibilidades da melhoria das condições de vida. As desigualdades eram vistas como inerentes à pessoa humana. (ABREU, 2002).

O perfil pedagógico do Assistente Social era assimilado à pedagogia da “ajuda” e da “participação”. Sob estas influências pedagógicas a questão social, no âmbito do Serviço Social, é tratada como questão moral supondo mudanças na dimensão individual. (ABREU, 2002, p. 52).

A questão social é vista de forma psicologizada e fragmentada.

Na década de 50, entram em cena novas formas de controle social, que tem o intuito de operar mudanças no plano econômico, agravando conseqüentemente as desigualdades sociais. Novamente as estratégias de “ajuda” são promovidas, consubstanciando-se como um dos perfis pedagógicos do Assistente Social.

No contexto da ditadura militar (década de 60) o fazer profissional é voltado para a “participação”. Abreu (2002) afirma que a questão da participação é central nas principais tendências do pensamento profissional e enfatiza que,

A participação como elemento estratégico na luta pela hegemonia representa também o eixo central da constituição de uma pedagogia emancipatória pelas classes subalternas, que se traduz, principalmente, em dois processos complementares: politização das relações sociais e a intervenção crítica e consciente na sociedade, processos que constituem a referência material das relações pedagógicas na perspectiva da formação de uma nova superior cultura. (ABREU, 2002, p. 55).

A partir da década de 70 novos conceitos começam a ser utilizados, ampliando assim o leque dos instrumentais técnico-operativos, tais como: a proposta pedagógica de Paulo Freire; a Teologia da Libertação apreendida a partir das interpretações Marxistas. É com o fim do regime militar autocrático e a abertura do processo democrático que começam a transparecer a insatisfação popular como conseqüência da pouca participação da sociedade nas esferas governamentais.

A partir dos anos 80 e 90 o Serviço Social avança na consolidação de um projeto profissional vinculado às lutas da classe trabalhadora e outros segmentos sociais. Neste momento a profissão começa a dar ênfase para a pedagogia da “emancipação”, que é chamada a atuar na direção da transformação social em prol a uma sociedade mais comprometida com os direitos humanos e as lutas sociais da classe trabalhadora.

Segundo Abreu (2002) tem firmados então dois perfis pedagógicos dos Assistentes Sociais, um subalternizante e outro emancipatório. O primeiro dá vazão às estratégias neoliberais da sociedade e conservadoras da profissão, e o segundo enfatiza a construção de uma nova sociedade. Segundo esta mesma autora, estes dois paradigmas apontam tendências pedagógicas no Serviço Social atual.

Já vimos que a partir da década de 80 entra em cena a pedagogia da emancipação. Neste sentido segundo Abreu, esta temática vem sendo abordada com o objetivo de capacitar o sujeito para, “[...] enfrentamentos e alternativas das classes subalternas na conquista de condições para sua plena reprodução material e constituição política como força antagônica ao capital [...]”. (ABREU, 2002, p.64).

Prevalece nesta temática o empoderamento⁹ e o fortalecimento dos sujeitos através de práticas que capacitem os mesmos para a identificação de tendências e capacidades construtivas. Através do instrumental teórico e prático da profissão, o Assistente Social busca através da concepção de classe, fortalecer o sujeito situando-o nas questões públicas e na perspectiva da universalidade das políticas públicas. Enfim, através de seu aparato legal, poderá esclarecer o usuário e reforçar a idéia da superação dessa sociedade subalternizante.

Parafraseando Abreu,

A dimensão pedagógica do Serviço Social remete à sua função primeira, essencial na sociedade, isto é, diz respeito aos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nesse processo, contribuindo para a formação de subjetividades e padrões de condutas individuais e coletivas, elementos esses constitutivos de uma cultura, a qual, com base na análise gramsciana, diz respeito ao modo de vida, isto é, maneira de pensar e agir, sociabilidade, adequada à racionalização da produção e do trabalho, portanto, uma dimensão das relações de hegemonia na sociedade. (2002, p. 66).

Desta forma a dimensão pedagógica contemporânea contribui para ações baseadas na superação das práticas conservadoras da profissão, práticas essas de cunho assistencialista/ paternalistas. Encontram-se dificuldades de se pôr em prática esta dimensão pedagógica, pelo fato das condições ideológicas que predominam na sociedade subalternizar a classe trabalhadora na perspectiva de mais e mais lucro. Abreu (2002) entende que,

9 Utilizado aqui no sentido de o usuário se reconhecer como portador de direitos.

Atualmente os desafios pedagógicos na perspectiva da constituição de uma nova cultura pelas classes subalternas se colocam considerando as reformas neoliberais que apontam para a tendência de reatualização de práticas assistencialistas em detrimento a garantia e ampliação dos direitos, bem como em contraposição a essa perspectiva dominante, no movimento contraditório das relações sociais coloca-se possibilidade de avanço das práticas sociais numa perspectiva emancipatória. (ABREU, 2002, p.67).

Deste modo, podemos fazer uma ponte desta dimensão pedagógica com o Grupo Operativo, realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Acreditamos que esta prática emancipatória é realizada nesta Instituição, mas ainda é dificultada por alguns embates que permeiam o âmbito público da mesma. O fato de ser uma Instituição estadual que depende de verbas e está subordinada a outras instâncias, já é um dificultador, somado ao fato de um Serviço Social subordinado ao saber médico e as práticas institucionais, assinalam o aspecto dificultador para a realização da dimensão pedagógica do profissional, que tem por base os princípios éticos da profissão. Já houve um grande avanço no que diz respeito á estas questões, mas ainda há muito que se fazer.

“Frente a esses direcionamentos históricos, novos desafios pedagógicos se colocam para os assistentes sociais, na atualidade, para avançar na construção do projeto profissional numa perspectiva emancipatória, em que se destaca a necessidade da contribuição para o fortalecimento e avanço de processos e lutas que favoreçam a ultrapassagem das conquistas da classe trabalhadora dos limites históricos do Estado de bem-estar, avançando na inserção profissional nos processos de luta na perspectiva da emancipação.” (ABREU, 2002, p. 68).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão deste estudo que teve por objetivo fazer um resgate às competências do profissional de Serviço Social com base na experiência de estágio realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ofertou-me a possibilidade de conhecer a trajetória de Saúde Mental no Brasil e o tratamento dispensado ao Portador de Transtorno Mental. Através deste estudo pode-se observar que o “louco” sempre foi visto de forma estigmatizada pela sociedade e como forma de tratar estes indivíduos o tratamento desumano e repressivo era dispensado aos mesmos.

Através do enclausuramento nos Hospitais Gerais e Hospícios o Portador de Transtorno Mental era excluído das cidades, como forma de manter o paradigma de racionalidade e a ordem social vigente.

Parafraseando Gomes,

Os Hospitais Gerais e as Santas Casas de Misericórdia, de acordo com Amarante (2008), são considerados os primeiros hospícios e exerciam função também de hospedaria, representavam o espaço de recolhimento de toda a ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões. Os considerados loucos eram alojados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, sem assistência médica, expostos a maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. Com o passar do tempo e com a lotação das Casas de Misericórdia, restou para os loucos o envio às prisões, onde dividiam celas com criminosos, condenados, bêbados e arruaceiros. (2009, p. 15 *apud* AMARANTE, 2008).

O movimento pela defesa desses indivíduos Portadores de Transtornos Mentais teve início tardio no Brasil, comparado a outros países. A década de 70 desencadeia a Reforma Psiquiátrica que tem em sua pauta o objetivo de discutir o modelo asilar da assistência Psiquiátrica. Porém os ganhos desta discussão só são efetivados após o sancionamento da Lei 10.216/2001 que empreende esforços para a ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional e dispõe sobre a proteção e os direitos do Portador de Transtorno Mental, redirecionando o modelo nacional de assistência em Saúde Mental.

Apesar de toda essa luta que culminou com a Lei Antimanicomial, a efetivação do que preconiza esta lei se torna difícil de viabilizar, pelo fato de os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não serem credenciados ao Sistema único de Saúde, estando condicionados pela Lei de Execução Penal e o sistema jurídico. O misto de hospital-presídio dificulta tal empreitada.

O Serviço Social insere-se na Saúde Mental direcionando seu fazer profissional para a luta pelos direitos do Portador de Transtorno Mental. Através do aparato legal que dá norte à profissão, o Assistente Social nesta área garante assim estratégias de enfrentamento a este problema social.

De acordo com Matos (2003),

Cabe ao profissional do Serviço Social no âmbito da saúde mental, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar, articulado ao projeto da reforma sanitária. (MATOS, 2003 *apud* BUZZATTI, 2009, p.4)

A experiência de estágio no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico propiciou-me conhecer a atuação do Serviço Social através de: instrumentais técnicos, teórico-metodológicos e políticos apreendidos durante o curso, da supervisão de campo, e também da supervisão pedagógica que foi ofertada no sentido da aproximação com a realidade institucional e de garantir um norte teórico para minha atuação como estagiária de Serviço Social. Contudo, avalio que numa instituição estadual como o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que depende de recursos públicos, que têm uma hierarquia a ser respeitada e que trabalha com uma realidade estranha aos “olhos” da sociedade, a atuação do profissional de Serviço Social, assim como a de outros profissionais, é limitada frente às diversidades impostas a todas às instituições que atuam junto à defesa e luta pela ampliação dos direitos dos cidadãos.

De acordo com Gomes,

O projeto ético-político profissional propõe que o assistente rompa com os estigmas e busque repensar a sua atuação profissional numa perspectiva emancipatória dos sujeitos sociais. Nos presídios e HCTP's, tem sido difícil atuar conforme o projeto ético-político da profissão, uma vez que as mais variadas especialidades profissionais dentro de tais instituições devem trabalhar sob o regimento da Lei de Execução Penal e dentro das perspectivas postas pela política institucional. Tal lei delega ao profissional de Serviço Social funções antiquadas, que “fogem” ao atual projeto ético-político. (2009, p.59).

Porém o Assistente Social tendo como respaldo seu atual projeto político, conta com seu arsenal teórico-metodológico para romper e superar estes entraves institucionais e consolidar uma atuação que promova a defesa intransigente dos direitos humanos.

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico o fazer profissional é voltado para a consolidação dos direitos e da cidadania inerentes ao Portador de Transtorno Mental. Através da prática profissional e de algumas técnicas desenvolvidas nesta instituição se tem como garantir a emancipação destes sujeitos. O Grupo Operativo integra este fazer profissional, sendo uma das competências do Assistente Social nesta Instituição.

Reforçamos então à importância do trabalho em Grupo Operativo, por crer que seja um dos meios para se alcançar a reinserção do Portador de Transtorno Mental à sociedade, pois o mesmo enfatiza a capacitação do indivíduo, de modo que ele possa se colocar crítica e autonomamente na relação com o meio social.

Detectamos também a importância da experiência na coordenação de grupos ser feita por um profissional do Serviço Social, pois nos capacita para uma leitura permanente do processo grupal tendo como referência os princípios ético-políticos da profissão e ressalta a dimensão pedagógica do Serviço Social, reafirmando o entendimento de que nossa profissão incide diretamente no processo formador da cultura. (ABREU, 2002).

O Serviço Social é imprescindível quando se trabalha todo esse contexto, pois nosso objeto de ação no Grupo Operativo está intrinsecamente articulado com os princípios éticos, políticos e profissionais na efetivação do nosso Código de Ética. Analisamos a partir de tais princípios, que o Serviço Social é uma profissão que propõe significativas formas de intervenção na sociedade, não só lutando pela autonomia, pelos direitos dos indivíduos, mas também apresentando a eles o leque de escolhas que podem fazer, e incitando-os a refletir o poder de autonomia que lhes foi atribuído a partir do momento em que os mesmos enquadram-se na dimensão “cidadãos”. Este é um momento em que o usuário passa a construir o direito de “ser” cidadão, numa Instituição em todos os seus direitos de cidadãos (ir e vir, trabalhar, estudar) são cerceados e lhes é implicada a perda da liberdade. A intervenção do Serviço Social se dá fundamentalmente em elementos que são essenciais para inserção social do ser humano enquanto cidadãos na sociedade, buscando a satisfação de suas necessidades básicas, que começam com acesso à informação e direitos individuais e sociais. “Todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas têm necessidades básicas e comuns.” (PEREIRA, 2000, p. 66). Faz-se necessário aí identificar e desvelar as

necessidades subjetivas dos sujeitos a fim de poder responder prontamente aos questionamentos propostos por eles.

A informação é, na cultura democrática, a base do poder. Quanto mais bem informado o indivíduo, mais valorizado será, pois poderá tomar decisões mais adequadas ao ser escolhido para o exercício do poder. A informação é a base da autonomia, da independência, do conhecimento e da cultura. A informação amadurecida pela vivência e experiência nos permite transcender a liberdade, proporcionando-nos um estado de interdependência com as pessoas e o mundo á nossa volta, relação esta de real igualdade, autonomia, liberdade, consequentemente de prazer. (GAUDERER, 1998, p. 73).

O Grupo Operativo com vistas à reintegração social do Portador de Transtorno Mental é uma tarefa difícil, haja vista que, “As reinternações freqüentes são reflexo de uma sociedade excludente que não está preparada para receber em seu seio o diferente, especialmente o diferente por ser considerado improdutivo e, portanto, sobranter.” (BONASSA, 2004, p. 80).

Para enfrentar tal desafio é preciso que o Assistente Social que empreende seus esforços nesta área de atuação conheça o real significado da luta pela cidadania ampliada do Portador de Transtorno Mental e se utilize de seu conhecimento para que categorias como: democracia, autonomia, reconhecimento social se façam valer em seu fazer profissional.

Através das Ações Sócio-Educativas estas categorias poderão ser contempladas e elucidar o projeto profissional assumido pela profissão. De acordo com Lima,

[...] a competência técnica dos Assistentes Sociais adquire uma conotação ética à medida que as ações profissionais são realizadas em consonância com o projeto profissional assumido pela categoria. (2004, p. 73).

Neste caso segundo esta mesma autora as Ações Sócio-Educativas,

[...] Tendem para uma consciência reflexiva que oportuniza ao usuário uma compreensão efetiva da Sociedade onde vive; dos Direitos que possui nessa Sociedade; da possibilidade de coletivização de suas necessidades de modo a ampliar, na esfera pública seus direitos; e da responsabilização ética que o profissional em ato deve ter e que se expressa, nas dimensões assistenciais do trabalho vivo (trabalho criador), na relação de acolhimento, de criação de vínculo, de produção de resolutividade e da criação de maiores graus de autonomia no modo do usuário se relacionar com a família e com a comunidade. (LIMA, 2004, p. 75).

Por isso, as Ações Sócio-Educativas nesta instituição não são só pensadas na perspectiva de elucidar os direitos dos internos dentro da mesma, com vistas ao tratamento de sua doença. Ela é pensada também no âmbito da reintegração social do

Portador de Transtorno Mental, com vistas à consolidação de um processo emancipatório em que a percepção dos indivíduos sociais como portadores de direitos possa se efetivar.

Na discussão deste estudo busca-se construir posicionamentos favoráveis à concepção de Cidadania e Direitos presente em nosso projeto profissional, com base numa instituição que tem imbricado em seu horizonte a perspectiva de desmantelamento de direitos socialmente garantidos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, nº 79, 2002.

ABSTRATO. In: **Melhoramentos minidicionário da língua portuguesa**. – 1ª. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1992.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**/ São Paulo: Cortez, 2007.

BONASSA, Giselli Dandolini. A desospitalização do portador de transtorno mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BRASIL. Lei n. 4459, de 07 de janeiro de 1971. disponível em: < [http. planalto.gov.br/](http://planalto.gov.br/)>. Acesso em: abril 2009.

_____. Lei n. 7210, de 11 de julho de 1984. disponível em: < [http. planalto.gov.br/](http://planalto.gov.br/)>. Acesso em: abril 2009.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < [http. planalto.gov.br/](http://planalto.gov.br/)>. Acesso em: abril 2009.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: < [http. planalto.gov.br/](http://planalto.gov.br/)>. Acesso em: abril 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/1992. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 de janeiro de 1992.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza. (et al) (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde. O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. In: **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 7, n.1. Jan/Jun 2007, p. 3-22.

BUZZATTE, Rizieri. A Saúde Mental na Política Pública e na prática social. **Anais da Semana do Serviço Social**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

CORDIOLI, Franciny da Rosa. Relatório de Estágio Curricular Obrigatório I realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. **Relatório Final de Estágio**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2008.

CORDIOLI, Maria 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, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, 2004.

CUNHA, Gisele. A Contribuição do Serviço Social no âmbito da Reforma Psiquiátrica. **Anais da Semana do Serviço Social**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

DARÓS, R.C.O; GONÇALVES, P. Ação profissional do Assistente Social em Grupo Operativo: a experiência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Florianópolis – SC. **Anais da Semana do Serviço Social**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

OLIVEIRA, Darcy Miguel. Revisão Histórica: a trajetória dos autores e de suas obras: Paulo Freire. In: **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Riviére**. FREIRE, Paulo; QUIROGA, Ana Pampliega; GAYOTTO, Maria Leonor Cunha; (et.al). Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

GAYOTTO, Maria Leonor Cunha. Síntese final dos grupos operativos de discussão. In: **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Riviére**. FREIRE, Paulo;

QUIROGA, Ana Pampliega; GAYOTTO, Maria Leonor Cunha; (et.al). Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

GAUDERER, E. Christian. **Os direitos dos pacientes: cidadania na saúde/** Rio de Janeiro: Record, 1998.

GOMES, Sabrina. Os desafios do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Plano de Trabalho do Serviço Social**. Florianópolis: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2005.

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**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2004. Mimeo.

MOTA, Izaiane Latrônico. Grupo: **Instrumento que viabiliza ações sócio-educativas do Serviço Social, em um programa de apoio e orientação sócio-familiar/ São José – SC**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio – Econômico. Departamento de Serviço Social, 2004.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial/** Alice G. Bottaro, Marcos A. Moura Vieira, Socorro de Maria R. Andrade- São Paulo: Olho d'água, 2006, 72p.

PEREIRA, Potyara A.P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais/**Potyara A.P. Pereira – São Paulo; Cortez, 2000.

QUIROGA, Ana. Revisão Histórica: a trajetória dos autores e de suas obras: Enrique Pichon-Riviére. In: O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Riviére. FREIRE, Paulo; QUIROGA, Ana Pampliega; GAYOTTO, Maria Leonor Cunha; (et.al). Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

QUIROGA (b), Ana. O sujeito no ato de conhecer. In: **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Riviére**. FREIRE, Paulo; QUIROGA, Ana Pampliega; GAYOTTO, Maria Leonor Cunha; (et.al). Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

PICHON-RIVIÉRE, Enrique. **O Processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SIQUEIRA, Jailson Rocha. O trabalho e a assistência social na reintegração do preso à sociedade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, Ano XXII (67): 2001, p. 38-52.

SIQUEIRA, Maria Zenaide. A prática profissional do Serviço Social e a integralidade na assistência em saúde. **Dissertação de Mestrado**: Recife. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pós Graduação em Serviço Social, 2007.

SOUZA, Rosany Barcellos; AZEREDO, Verônica Gonçalves. **O assistente social e a ação competente: a dinâmica cotidiana**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 80, novembro 2004, São Paulo, p. 49- 58.

TORRES, Z. **Ação Social dos Grupos**. Petrópolis: Vozes, 1983.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social cotidiano: formação e alternativas na área da saúde**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo as saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade**. Ano XVIII. São Paulo: jul, 1997, nº 54, p. 132-157.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.); ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO; José Augusto. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VIGOLO, Tamires Cristina. Alguns elementos do pensamento de Paulo Freire como subsídio à ação pedagógica dos profissionais em Serviço Social. **Anais da Semana do Serviço Social**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.