

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GRECIA SENE CAMPOS GONÇALVES

**FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL: DILEMAS NO ACOMPANHAMENTO E NO
CUIDADO**

Florianópolis

2018

GREZIA SENE CAMPOS GONÇALVES

**FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL: DILEMAS NO ACOMPANHAMENTO E NO
CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Orientadora: Profª Dra. Liliane Moser

Florianópolis

2018

Grenia Sene Campos Gonçalves

**FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL: DILEMAS NO ACOMPANHAMENTO E NO
CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de junho de 2018.

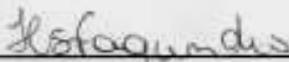
Banca Examinadora:



Dra. LILIANE MOSER

Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

ORIENTADORA



Dra. HELENARA SILVEIRA FAGUNDES

Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

1º EXAMINADORA



DENISE VENERA

Assistente Social do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP

2º EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Meishu-Sama¹ pela força e coragem durante toda esta longa caminhada, pela capacidade de fazer um curso de graduação tão complexo e enriquecedor quanto o de Serviço Social.

Ao meu querido e amado marido Maxwell Gonçalves, por ter me dado todo apoio moral e financeiro mesmo dentro das suas limitações e dificuldades. Obrigado pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Aos meus filhos amados Priscila Gonçalves e Lucas Douglas Gonçalves, que me deram a maior força nos momentos mais difíceis da minha vida, que de forma especial e carinhosa me apoiaram nos momentos de dificuldades.

Aos meus pais Emilio José de Campos e Apolônia Neckel Campos (in memoriam), que infelizmente não podem estar presente neste momento tão feliz da minha vida. Mas, não poderia deixar de dedicar esse trabalho a eles, pois, se hoje estou aqui, é em função de seus ensinamentos e valores passados. Obrigada por tudo! Saudades eternas!

A todos os professores e em especial à minha orientadora Liliane Moser pela compreensão, paciência, e pelos ensinamentos e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Ao Márcio Goulart, diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), pela oportunidade de estagiar neste local, e poder assim colocar em prática meus anseios profissionais.

À Denise Venera, Assistente Social do HCTP e minha supervisora de campo que me ensinou a ser uma profissional de qualidade empenhada na difícil luta pelos direitos do Sujeito com Transtorno Mental.

Às Assistentes Sociais Rita Darós e Ingrid Valério, que da mesma forma, puderam colaborar com meu crescimento profissional.

Meu agradecimento também a todos os setores do HCTP: psicologia, saúde, segurança, limpeza, jurídico e administrativo que me receberam, e me trataram com tanto carinho.

Aos pacientes e familiares do HCTP que de uma forma ou de outra contribuíram para a idealização deste estudo, permitindo entrar em suas vidas para conhecê-los e ter a vivência profissional necessária para minha formação.

¹ Meishu-Sama: Fundador da Igreja Messiânica Mundial do Brasil.

Aos meus colegas e amigos acadêmicos que de alguma forma fizeram parte da minha vida e que contribuíram para a realização deste trabalho. E enfim, a todos os meus amigos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para meu crescimento, fica registrado aqui a minha gratidão e carinho!

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade."

Nise da Silveira

GONÇALVES, Grenia Sene Campos. **FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL: DILEMAS NO ACOMPANHAMENTO E NO CUIDADO**. 2018. 58 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo central analisar as dificuldades das famílias no acompanhamento e cuidado de usuários com transtorno mental. Este trabalho caracteriza-se por sua natureza qualitativa, tendo como base revisão bibliográfica e pesquisa de campo, a qual foi conduzida junto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Florianópolis/SC. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais semi-estruturadas com famílias de sujeitos com transtorno mental, além de informações adicionais que foram obtidas por meio do Grupo de Apoio Familiar (GAP) do HCTP. Através do contato direto e a possibilidade de diálogo com essas famílias, foram identificados os principais desafios vivenciados por elas, destacando-se a importância do cuidado ampliado e a sua participação no tratamento. Reconhece-se que, desde o movimento de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica, a atenção e cuidado oferecidos a sujeitos com transtorno mental passaram por importantes transformações, em busca da ruptura da tradição de enclausuramento e exclusão social do paciente, além da mobilização da participação e envolvimento da família e da sociedade no tratamento do sujeito. No presente estudo, as famílias entrevistadas levantaram uma série de dificuldades das quais enfrentam no cuidado de seu familiar infrator, entre elas: dúvidas sobre a doença, sobrecarga financeira, insegurança quanto ao comportamento violento de seu familiar e discriminação social. O regaste de vínculos entre sujeito com transtorno mental e família representa um grande desafio em diversos casos. Essa relação deve ser embasada em respeito e afeto, onde a singularidade e individualidade de todos sejam preservadas, de forma que a família não se sinta sobrecarregada e que o sujeito com transtorno mental possa regastar sua cidadania e autonomia. Para facilitar esse processo, o assistente social deve estabelecer um vínculo com as famílias, oferecendo escuta para seus sentimentos e angústias, esclarecendo dúvidas, aproximando os membros e tornando-os aliados do processo de tratamento.

Palavras-chave: Família. Transtorno Mental. Cuidado. Responsabilização Familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DEAP	Departamento de Administração Prisional
GAF	Grupo de Apoio Familiar
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPQ/SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
LEP	Lei de Execução Penal
PAE	Programa de Acompanhamento ao Egresso
RG	Registro Geral
SC	Santa Catarina
SJC	Secretaria de Justiça e Cidadania

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. LOUCURA, SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL.....	14
2.1 Processo histórico da “loucura”.....	14
2.2 O surgimento dos hospitais psiquiátricos	16
2.3 A reforma psiquiátrica no Brasil.....	18
2.4 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: histórico e características	20
2.4.1 Estrutura física do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	23
2.4.2 Equipe técnica	24
2.5 O Serviço Social na saúde mental e na instituição	26
3. O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL	34
3.1 Compreensões teóricas sobre família	34
3.2 Família, saúde e cuidado	36
3.3 Responsabilizações, cuidado e o papel da família.....	39
3.4 As famílias e suas dificuldades no cuidado: os achados da pesquisa.....	42
3.4.1 Cuidados à família e/ou aprendizado sobre a doença mental.....	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE I.....	57
APÊNDICE II.....	59

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social é fruto da pesquisa realizada com famílias de internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis/SC. Esse estudo tem como objetivo central analisar a participação e as dificuldades das famílias durante o tratamento de usuários com transtorno mental.

O trabalho aborda pontos importantes da história da “loucura” e dos hospitais psiquiátricos no Brasil, a evolução dos tratamentos dentro das instituições manicomiais e a luta pela democratização dos direitos dos sujeitos com transtorno mental. Esse estudo apresenta também os diferentes contextos históricos que repercutiram na inserção dos sujeitos com transtornos mentais no âmbito da saúde pública no Estado, e reflete sobre os desafios dos profissionais de Serviço Social que tem como demanda o sujeito infrator com transtorno mental. Diante disso, o presente trabalho visa explicar a inclusão da família no acompanhamento e cuidado do familiar com doença mental.

A forma como se trabalha a questão do cuidado do sujeito com transtorno mental vem sendo alterada com o passar do tempo. Cada vez mais, a família e os cuidadores vêm ganhando um papel de protagonismo neste processo. A constante mudança e evolução nas formas de cuidado e abordagem de sujeitos com transtorno mental demanda um debate frequente do assunto, especialmente pelo profissional do Serviço Social. Embora existam teóricos da profissão que abordem essa temática, as mudanças na configuração social e o avanço da saúde mental exigem um aprofundamento na discussão sobre temas como: cuidado; usuário com transtorno mental e, principalmente, sobre a necessidade de políticas públicas voltadas para os cuidadores.

Para abordar o tema família e transtorno mental é necessário refletir sobre o papel da família no acompanhamento dos sujeitos com transtorno mental. A partir da observação vivenciada no campo de estágio, ficou evidente a importância da participação da família no tratamento e acompanhamento do sujeito com transtorno mental. Percebe-se que é necessário que o assistente social além de trabalhar com os usuários com transtorno mental, trabalhe também com a família, pois muitas delas não possuem o conhecimento necessário para acompanhar e fornecer assistência adequada a este usuário. A família do usuário com transtorno mental deve ser inserida no processo terapêutico a fim de contribuir na manutenção da saúde do usuário do serviço, bem como pela necessidade que esta possui de partilhar seus anseios, frustrações, experiências (GONÇALVES, 1983).

Desta forma, o presente estudo visa contribuir para uma melhor compreensão da relação entre usuário com transtorno mental e família, trazendo significativa relevância para o Serviço Social. Essa temática vem ao encontro das necessidades de pacientes e familiares dentro do HCTP, os quais se defrontam com o preconceito e a falta de informação para com o transtorno mental, o que resulta, muitas vezes, no isolamento dos sujeitos com transtorno mental e/ou da sua família, tirando-os do convívio em sociedade.

A presença do transtorno mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o conflito do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo. Nesse contexto, pode-se observar por uma série de situações caracterizadas pela sobrecarga, desgaste e insegurança por parte da família, entre elas: problemas no relacionamento com o familiar com transtorno mental, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do sujeito com sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises.

A sobrecarga é considerada ainda na sua dimensão objetiva e/ou subjetiva. A primeira, identificada com maior intensidade, talvez por ser mais concreta, está relacionada com as demandas reais que a convivência com o transtorno mental impõe, enquanto a sobrecarga subjetiva é abstrata, referindo-se ao universo dos sentimentos (ROSA, 2009).

Frente ao impacto do adoecimento, as probabilidades de trocas afetivas que sejam, de fato, verdadeiras ficam reduzidas, impondo aos familiares a vivência de sentimentos e emoções que são difíceis de elaborar e entender. Isto evidencia a necessidade de intervenção que acolha o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade e individualidade das pessoas. Ao abranger a família no tratamento do sujeito com transtorno mental, e ao dar suporte a esta para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a “loucura” e a sobrecarga, a carga emocional da família e do próprio usuário é amenizada, aumentando o nível de interação e empatia entre eles.

A realização desta pesquisa visa produzir e descobrir novos conhecimentos, buscando respostas para as inquietações do cotidiano da realidade de famílias de sujeitos infratores com sofrimento psíquico. Este trabalho foi realizado através de uma pesquisa de campo, com caráter exploratório e de natureza qualitativa. A pesquisa teve como objetivo analisar o envolvimento e dificuldades das famílias no acompanhamento do tratamento e cuidado de familiares com transtorno mental junto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis/SC.

De acordo com Minayo (2010, p. 17):

Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. Toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais.

A realização desse trabalho privilegiou a revisão bibliográfica a partir de materiais disponíveis em bibliotecas, internet além de conteúdos abordados em sala de aula prioritariamente sobre o tema do transtorno mental e da família. A finalidade de fazer o levantamento bibliográfico foi buscar caminhos que auxiliam na obtenção de um maior conhecimento e esclarecimento sobre as dificuldades que as famílias enfrentam com a falta de apoio por parte das políticas sociais. Além disso, para se compreender as questões subjetivas das vidas destas pessoas, optou-se pela utilização de uma pesquisa qualitativa, uma vez que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não poder ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis. (MINAYO, 2003, p.21)

A abordagem das famílias de usuários com transtorno mental foi feita através de entrevistas. As entrevistas foram realizadas de forma individual, e dados adicionais foram coletados de familiares que frequentam o Grupo de Apoio Familiar (GAF) no HCTP. A pesquisa buscou demonstrar a realidade e os desafios presentes no processo de cuidado desses sujeitos, além de verificar a questão da sobrecarga familiar. “A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida de uma pessoa A a uma pessoa B” (RICHARDSON, 1999,p. 207).

A entrevista teve caráter semi-estruturado, ou seja, as famílias responderam a um roteiro de entrevista com questões amplas sobre o tema, ao invés de perguntas fechadas. Isso permitiu que os entrevistados tivessem mais espaço e abertura para desenvolver suas respostas

e expor seus sentimentos. Tal metodologia facilitou um contanto mais aprofundado e um melhor entendimento das histórias de vida dessas famílias cuidadoras. As entrevistas foram gravadas mediante autorização das famílias participantes e transcritas na íntegra.

A linguagem coloquial foi mantida nas transcrições, a fim de preservar o modo da fala das famílias e a expressão de seus sentidos. As famílias entrevistadas são mantidas anônimas, sendo numeradas de 1-8 neste estudo.

Os parâmetros éticos foram observados durante toda a entrevista, considerando a Resolução CNS 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, vigente à realização do estudo. O projeto foi submetido, avaliado, aprovado e acompanhado pelos Comitês de Ética em Pesquisa responsáveis, tanto da instituição de ensino na qual a pesquisa estava submetida, quanto da instituição psiquiátrica onde o estudo ocorreu.

Considerando a entrevistas como práticas discursivas (SPINK, 2004), observamos que a própria estrutura da entrevista favoreceu a produção de narrativas que organizavam a experiência relatada pelos familiares dos pacientes dentro do HCTP: aspectos de vida antes e durante o período na instituição. Observando o objetivo deste trabalho, selecionamos para análise as categorias “Famílias, transtorno mental, cuidado e responsabilização familiar”. A partir disso, selecionamos trechos das entrevistas que descreviam ações concretas referentes ao cotidiano dos familiares entrevistados, a fim de ilustrá-los. Os aspectos mais relevantes do trabalho estão divididos em seções, assim dispostos: 1. Loucura, Saúde Mental e Serviço Social; 2. O papel da família no cuidado do sujeito com transtorno mental.

2. LOUCURA, SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

De modo histórico, a “loucura” vem sendo objeto de reflexão de várias áreas, transformando-se com o passar do tempo e sendo sujeita a diversas formas de interpretação. Neste primeiro capítulo, será descrita a trajetória da “loucura” e alguns aspectos sobre a história da psiquiatria no Brasil, a realidade vivenciada nos hospitais e manicômios, descrevendo como essas instituições foram afetadas pela reforma psiquiátrica. Aspectos sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis e a inserção do Serviço Social neste campo de atuação também serão abordados neste capítulo.

2.1 Processo histórico da “loucura”

Ao longo da história, os sujeitos com transtorno mental foram sendo rotulados de muitas maneiras, sendo uma delas como “loucos”. O “louco” era geralmente mantido preso em sua própria residência, fazendo com que a questão da “loucura” permanecesse oculta na sociedade. A “loucura” tem uma longa trajetória que remonta a concepção de doença mental desde os primórdios da civilização, “onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais”, reafirmando o isolamento como meio para o tratamento dos “loucos” (SPADINN e SOUZA, 2006, p.124).

Bisneto (2007, p. 173) afirma que variadas explicações foram dadas na tentativa de justificar a “loucura”: “como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão de demônios, como poderes sobrenaturais”. A sequela desse processo fez com que esses sujeitos se tornassem estigmatizados, tornando-os indesejáveis e imprevisíveis ao convívio social, diante disso, deveriam ser mantidos às margens do convívio da sociedade. Eram considerados sem capacidade civil, sendo, portanto, perigosos (BONASSA 2003, apud VARGAS, 2016).

No período Colonial no Brasil, não havia uma preocupação com os “loucos”, pois a “loucura” ainda não era vista como uma doença. Naquela época, foram enviados para o país os pobres, os “loucos” e os marginais oriundos da Europa. Os “loucos” no início da colonização perambulavam pelas estradas livremente, não tendo nenhum cuidado ou assistência médica, restando para eles apenas três opções: (1) eram colocados em prisões por perturbarem a ordem pública; (2) cuidados por sua família; ou (3) mandados para a Europa para tratamento caso a família tivesse condições financeiras (GONÇALVES, 1983).

Conforme Gomes (2009), com a vinda da Família Real para o Brasil, em 1808, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se sede do Império. Trouxeram consigo a alta nobreza, militares e comerciantes, o que resultou em um grande crescimento da população na cidade. Devido a isso, o estado começa a intervir no controle populacional e, conseqüentemente, os “loucos” também são afetados por esta intervenção. Ao invés de serem tratados, os “loucos” foram retirados das ruas, com o intuito de proteger a sociedade da convivência com os mesmos. Para Foucault (1984, p.78) “[...] não era a loucura que incomodava e sim tudo que fugisse à normatização do estado burguês, da desrazão, da moral, ou seja, tudo que se mostrasse ser diferente dos preceitos da sociedade in loco”.

Segundo Gomes (2009), em 1830, uma comissão da sociedade de medicina do Rio de Janeiro faz um diagnóstico da conjuntura dos “loucos” na cidade do Rio de Janeiro, registrando a gênese da transformação do tratamento referente ao “louco”. Neste sentido, Amarante (1994) esclarece que:

É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento (AMARANTE, 1994, p.74).

Como consequência desse processo histórico, em dezembro de 1852 é inaugurado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro hospício do Brasil, tendo como nome Hospício Pedro II, um lugar propício para a exclusão dos “loucos” da sociedade (VARGAS, 2016). Conforme Foucault (1984, p.79) “estas casas não tinham vocação médica alguma”, de forma que os que ali se encontravam não era para ser tratado, mas porque não podiam ou não deveriam mais fazer parte da sociedade. Portanto, o importante nesse período da história era a exclusão, não o tratamento. O “louco é considerado como detentor de um caráter indisciplinado e desobediente [...]” (ROSA, 2003, p. 52).

Dessa forma, pode-se perceber como o “louco” e a “loucura” eram vistos e interpretados socialmente. Essas pessoas eram consideradas um problema à ordem pública, trazendo transtornos à sociedade. O ato de isolar o sujeito tido como “louco” em um manicômio permitiria que ele fosse novamente educado, controlando assim seus impulsos.

No decorrer da história, pequenos avanços foram observados com relação à interpretação e compreensão do transtorno mental. Tais conquistas, por mínimas que fossem,

foram obtidas com muita luta, após terem sidas cometidas muitas injustiças com essas pessoas consideradas loucas. Foi somente com o início da República que a “loucura” e o “louco” passam a serem objetos de pesquisa de especialistas em doença mental. Isto é, esses temas saem do senso comum da psiquiatria e passam para a cientificidade da doença (ROSA, 2003).

A ideia de ver o “louco” além da doença implica em uma mudança de paradigma. O “louco” começa a ter um ambiente de tratamento em hospitais que tange a saúde mental. Essa mudança representa o primeiro passo em direção à garantia de direitos para sujeitos com transtorno mental que há muito estavam sendo excluídos socialmente.

2.2 O surgimento dos hospitais psiquiátricos

“Os hospitais foram criados na Idade Média, nos moldes de instituição de caridade para dar assistência material e espiritual aos pobres, mendigos, desabrigados, miseráveis e doentes” (VARGAS, 2016, p. 15). Não se destinava a priori ao tratamento da “loucura”, mas sim ao recolhimento dos “loucos” das ruas, a fim de retirar o “incômodo” numa tentativa de invisibilizar a “loucura”. Era considerado um lugar de isolamento, onde os pobres doentes moribundos eram colocados para que suas doenças não contagiassem outras pessoas, podendo assim morrer e receber seu último sacramento. O objetivo maior destes locais era a salvação de suas almas (FOUCAULT, 2000).

No século XVII, o rei da França Luis XV, criou em Paris o Hospital Geral, como uma nova modalidade de hospital, com características de ordem social e política, para atender os considerados “loucos”. Segundo Amarante (2011), a criação do Hospital Geral torna-se um novo lugar social para os “loucos” da sociedade do ocidente. As internações eram determinadas por ordem das autoridades reais e jurídicas, dentre as quais o diretor da instituição tinha total poder sob toda a população internada, ou futuros internos.

O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (...) Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira de repressão. (FOUCAULT, 1984, p.57).

Na visão de Amarante (2011), esse hospital passa por uma grande transformação, de local caritativo passou a ser um local de questões políticas e sociais. Após a Revolução

Francesa, muitos médicos foram para os hospitais com intuito de humanizar e adequar seus serviços ao novo entendimento inovador trazido pela Revolução Francesa. Segundo o autor, “em consonância com o lema, Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados. Foi assim que os hospitais passaram a ser objeto de profunda mudança” (AMARANTE, 2011, p. 25). Com isso, foram libertados vários pacientes que foram internados por ordem do Antigo Regime.

No fim do século XVIII nascem os hospitais terapêuticos. De acordo com Amarante (2011), o percurso para a transformação do hospital no âmbito da filantropia para uma instituição médica, deu-se através de um longo processo de transformação da natureza da instituição. Os “loucos” permaneceram aprisionados, mas agora para tratamento terapêutico e não mais por caridade ou repressão (AMARANTE, 2011).

Assim como observado em outros países, os hospícios no Brasil (hoje conhecidos como hospitais psiquiátricos) se constituíram a partir da necessidade de “afastar pessoas que vagavam pelas ruas a mendigar, sem ter onde morar e trabalhar, pois isso trazia incômodo ao Império” (VARGAS, 2016, p. 18). Segundo Cavalcanti (2008, p. 124),

O processo de institucionalização do louco nacional não se diferenciou muito dos processos europeus nos quais a mendicância, o abandono e a ociosidade eram colocados numa mesma rede de aspectos que, sem apontar diferenciações, adotavam medidas e formas de controle social.

As pessoas acometidas com transtorno mental eram isoladas em hospícios por longos períodos, e muitas vezes faleciam na instituição asilar. Eram excluídos do convívio das famílias e da sociedade para tratamento terapêutico e também para dar proteção para a família. Neste contexto, para Melman (2001), o “louco” era visto como uma figura perigosa no âmbito familiar, sendo necessário proteger a família da “loucura” e prevenir uma possível contaminação dos demais membros.

A reforma dos hospitais psiquiátricos foi uma grande transformação para os sujeitos com transtorno mental e seus familiares. Segundo Rosa (2003), os locais que antes tinham característica apenas de isolamento da sociedade, passam então a serem locais de tratamento e cuidado. Neste contexto, os hospitais psiquiátricos começaram a serem criados no país, tendo como objetivo o tratamento da saúde física e mental de seus pacientes por médicos e especialistas.

A partir da segunda metade do século XX, o italiano Franco Basaglia impulsionou a transformação e o tratamento das instituições psiquiátricas (ROSA, 2003). Esse movimento

começou na Itália, e teve grande repercussão no mundo, principalmente no Brasil. Nessa lógica, inicia o movimento da luta antimanicomial, que nasce a partir da ideia de defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania dos sujeitos com transtorno mental (ROSA, 2003). Unido a essa luta, nasce o movimento da reforma psiquiátrica, o qual além de denunciar os manicômios como lugares de violências, sugere a criação de uma rede de serviços com estratégias comunitárias e territoriais estritamente solidárias, inclusivas e libertárias.

2.3 A reforma psiquiátrica no Brasil

No Brasil a reforma psiquiátrica surge no fim da década de 1970, emergindo a partir da conjuntura da redemocratização. A violência das instituições psiquiátricas é entendida como parte de uma violência maior, cometida contra trabalhadores, presos políticos e, portanto, contra todos os cidadãos. Diante disso, a reforma psiquiátrica brasileira é fruto de um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (ROSA, 2003).

Segundo Vargas (2016, p. 22) a reforma psiquiátrica se “constituiu a partir das críticas ao paradigma médico-psiquiátrico e às transformações em sua prática”. Amarante (1998, p.87) relata que a reforma psiquiátrica é considerada “[...] um processo histórico de formação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas para a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

A reforma psiquiátrica no Brasil traz uma nova perspectiva para o sujeito com transtorno mental, permitindo com que ele seja reintegrado ao convívio social e familiar e que não fique mais isolado em manicômios, tendo seu direito garantido através da Lei 10.216/01 (Rheinheimer e Koch, 2016).

Em decorrência da Reforma Psiquiátrica surge o processo de reflexão e transformação nos diferentes níveis assistenciais, culturais, políticos, econômicos e conceituais que, por mais de três décadas, vem num crescente movimento de desmistificar o estigma do transtorno mental e, principalmente, garantir o direito da cidadania a essas pessoas, para que possam viver melhor no seu ambiente (Bessa e Waidman, 2013, p.62).

Nesse contexto, Knopp (2012, p. 23) esclarece que:

Tal processo emergiu devido às necessidades de mudança nas práticas de saúde, motivado pela crise no modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e pelas lutas dos movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com transtornos mentais. A Reforma ocorre no contexto

internacional de mudanças relacionadas à superação da violência ocorrida nos manicômios.

Apesar de grandes progressos conquistados até então, Bisneto (2007) acredita que o movimento da reforma psiquiátrica permanece até os dias de hoje. Mesmo em outro contexto histórico, tal prática mantém sua importância, pois ainda ocorrem movimentações para que avanços no âmbito da saúde mental sejam alcançados em todo país. Desta maneira, os sujeitos começam a ter uma nova perspectiva de vida fora dos muros hospitalares.

Passando a ganhar espaço junto à família e à comunidade, os sujeitos com transtorno mental começam a receber os cuidados e tratamentos necessários para o fortalecimento de sua independência e autoconfiança junto ao território no qual reside. Para facilitar tais medidas, foi instituído novos serviços na área de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo Rheinheimer e Koch (2016, p. 50):

Instituições como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), [...] passam a ser referência e oferecem serviços assistenciais de atenção primária a estes pacientes. Assim, acompanham e tratam tais usuários, com o objetivo de garantir o direito à cidadania e promover a autonomia dos mesmos. Com o processo de desinstitucionalização e a reinserção do doente mental na sociedade, a família também passa a ter um papel fundamental no tratamento e acompanhamento do indivíduo.

Os CAPS representam um centro de referência para sujeitos com transtorno mental, fornecendo atendimentos às famílias que possuem membros com sofrimento psíquico. Tem por objetivo dar apoio aos familiares, sendo um espaço de aprendizado sobre como tratar e cuidar do usuário com transtorno mental. É também um espaço onde o familiar cuidador pode expor suas angústias, seu cansaço e conversar sobre si mesmo, podendo tirar dúvidas quanto ao seu agir como cuidador. Bisneto (2007) afirma que o conjunto de ações das unidades alternativas tem o papel de reabilitação psicossocial, visada pelos estabelecimentos psiquiátricos alternativos: os trabalhos, os grupos, a arte, o enfoque na família, na moradia e na comunidade, a cidadania, o lazer, o corpo, a afetividade, o autocuidado, reabilitação por terapias e medicamentos.

Neste sentido, o CAPS trabalha cada vez mais com o papel de reabilitação psicossocial, possui um caráter de socialização desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, alicerçada nos diferentes conhecimentos teóricos e técnicos. Percebemos que a criação desses centros significou um avanço na maneira de tratar a doença mental, na busca de suavizar o quadro de sofrimento mental, e na forma de reconhecer o papel da família diante dos desafios

dessa questão (ROSA, 2003). Apesar dos grandes avanços conquistados, Bisneto (2007) acredita que, mesmo sendo em outro contexto histórico, o movimento da reforma psiquiátrica permanece em constante progresso até os dias de hoje, pois ainda existem movimentações para que aconteçam crescimentos no âmbito da saúde mental em todo país.

Sabemos que a realidade vivenciada em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia ainda tem muito a melhorar. Entretanto, percebemos um grande progresso em relação à saúde mental ao longo das últimas décadas, o qual foi conquistado através de muita luta (VARGAS, 2016). Dentre os avanços observados, destacam-se a preocupação com a saúde desses usuários de forma geral, a prevenção de doenças, seu bem estar, a diminuição dos danos, além da valorização do sujeito como uma pessoa de direitos e que pode viver plenamente sem ter que ser isolado da sociedade. Na próxima seção, será abordado o contexto histórico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e suas particularidades.

2.4 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: histórico e características

Por determinação do Código Penal, a partir da consolidação da Lei nº 4559 de 04 de janeiro de 1971, foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina em 1971, alocado no mesmo terreno do pátio da Penitenciária Estadual. Sendo a única instituição oficial de psiquiatria forense de Santa Catarina, é atualmente ligada ao Departamento de Administração Prisional (DEAP) e subordinado à Secretaria de Justiça e Cidadania (SJC). Localiza-se na Rua Delminda Silveira, s/n, no Bairro da Agrônômica, em Florianópolis/SC. Antes da existência do hospital, os usuários com transtornos mentais que cometiam algum delito e que fossem diagnosticados incapazes, eram internados no Hospital Colônia Santana (GOMES, 2009). Com a Lei de Execução Penal Brasileiro em 1984, o Manicômio Judiciário passou a ser intitulado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado de Santa Catarina. Tentava-se com isso fazer com que se alterasse o cariz ou a imagem de instituição de violência e segregação, pois a denominação de hospital remete à ideia de tratamento, cura e reabilitação (GOMES, 2009).

As diretrizes antimanicominais implantadas a partir da década de 1990 passam a repercutir em mudança significativa no campo da política de saúde mental no país. O HCTP tem por objetivo: “Oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização” (HCTP, 2006).

Tendo por missão: “Tratar e recuperar os internos, buscando uma reintegração deles ao meio social e custodiar estes sujeitos que por determinação judicial tem uma medida de segurança a cumprir” (GOMES, 2009, p. 34). Segundo Cohen (1996, p. 81), medida de segurança:

Não se trata de pena, mas uma medida de prevenção, de terapia e de assistência social relativa ao estado perigoso daqueles que não são penalmente responsáveis; ela simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defender a sociedade de um indivíduo perigoso.

De acordo com o art 2º do Decreto 4.283 de 22 de fevereiro de 1994, as competências do HCTP passam a ser:

- 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 da 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;
- V – proceder a exame de dependência toxicológica em presos provisórios que se declarem viciados (BRASIL, 1994, art. 2º).

O hospital é uma instituição pública estatal sem fins lucrativos que visa atender pessoas com transtornos mentais e que cometeram algum delito. Tem a finalidade de defesa social e de clínica psiquiátrica, estando sob a responsabilidade do Estado. Atende presos de todas as unidades prisionais do Estado de Santa Catarina para tratamento psiquiátrico. Atualmente, abriga um total de 72 usuários, apesar desse número variar a todo o momento. Dentre os usuários, estão os que cumprem medida de segurança e os que estão em tratamento psiquiátrico. Usuários em tratamento psiquiátrico se refere aos detentos de outras unidades prisionais que passam por um surto psicótico e são encaminhados para tratamento. Quando melhoram, estes usuários voltam para suas unidades de origem (VENERA, 2016). A população internada é somente do sexo masculino, variando entre 18 a 66 anos. Sobre a escolaridade dos usuários, alguns não alfabetizados, outros possuem ensino fundamental e médio incompleto e dois usuários possuem o ensino superior completo (Tabela 1).

Tabela 1. Dados dos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Florianópolis/SC.

Faixa etária	
Categoria	Número de usuários
18-30 anos	30
31-49 anos	36
50-60 anos	03
61-66 anos	03
Grau de escolaridade	
Não alfabetizado	03
Ensino fundamental incompleto	34
Ensino fundamental completo	06
Ensino médio incompleto	08
Ensino médio completo	19
Ensino superior completo	02

Fonte: Elaboração da autora.

A população feminina que comete crimes em decorrência de transtorno mental continua sendo internada no antigo Hospital Colônia Santana, atualmente intitulado Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) e em outros hospitais psiquiátricos do Estado. O Estado não possui um HCTP para a população feminina devido a uma demanda muito pequena do gênero (VENERA, 2016).

O HCTP elabora laudos periciais de sanidade mental e dependência toxicológica em homens e mulheres, os quais estão aguardando decisão judicial nas comarcas do Estado de Santa Catarina. Além disso, presta atendimento e avaliação psiquiátrica e internação de pessoas que tenham sido acometidas por transtornos psiquiátricos no decurso da prisão. Também tutela e trata pessoas do sexo masculino que possuem medida de segurança decorrente de delitos cometidos quando em transtorno mental, assim como pessoas que do ponto de vista psiquiátrico-forense tenham sido consideradas inimputáveis, quando cometeram o delito, conforme o artigo 96 e 97 do Código Penal Brasileiro:

Espécies de medidas de segurança:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (BRASIL, Decreto-lei no 2.848, 1940).

O HCTP tem caráter de hospital/prisão e atua com diversas políticas sociais, sendo a saúde a principal, a qual é gerida pelo Órgão do Poder Judiciário. O hospital possui vínculo com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ponta do Coral, localizado na Agronômica, Florianópolis/SC.

2.4.1 Estrutura física do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

A estrutura física do HCTP é constituída por dois espaços. O primeiro espaço é composto pela área administrativa, onde há um prédio dividido por salas, em que cada setor possui um profissional responsável. O segundo espaço corresponde à área onde se localizam os leitos, local onde ficam os sujeitos em tratamento cumprindo medida de segurança, e os profissionais de serviços. Nesse local há duas salas, contendo duas linhas telefônicas e dois computadores para os profissionais do Serviço Social. Esses são utilizados como recursos pelos quais são realizados os atendimentos com os sujeitos e os familiares (VENERA 2016).

No HCTP, há também uma sala destinada à equipe de enfermagem, onde os sujeitos são medicados, e uma sala para a equipe da Psicologia, onde são realizados os atendimentos. O hospital conta ainda com leitos individuais e leitos divididos com banheiros, chamadas de enfermaria, onde constam de 1 a 8 usuários, além de alojamentos para os profissionais que fazem plantão 24 horas. O local possui dois refeitórios, um maior destinado aos sujeitos internados, e um menor destinado aos profissionais.

O complexo do HCTP possui um pátio externo com quadra de esportes, aparelhos de ginástica e dois pátios internos. Possui banheiro coletivo para os usuários e banheiro para visitantes e funcionários, assim como uma sala multiuso para encontros com famílias, palestras, entre outras atividades. Também possui uma biblioteca para uso dos sujeitos que ali

se encontram internados em tratamentos, uma sala de aula com dois profissionais da área da educação, e uma sala onde é realizada a oficina de tear, lavanderias, entre outros setores.

2.4.2 Equipe técnica

Os sujeitos que se encontram internados no HCTP são atendidos por vários profissionais conforme as necessidades de cada um. No hospital trabalham atualmente os seguintes profissionais: médicos psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, advogados, farmacêuticos, contadores, educadores físicos, terapeuta ocupacional, professores, gerentes de operações, administradores, auxiliares de limpeza (serviços terceirizados), agentes penitenciários e também alguns estagiários das diferentes áreas.

A atuação dos profissionais é de forma individual conforme o perfil do sujeito, porém quando há necessidade atuam de forma multidisciplinar. Segundo Venera (2016), um dos projetos desenvolvido dentro da instituição é o Programa de Acompanhamento ao Egresso (PAE), o qual tem como coordenador um agente prisional formado em psicologia. Esse projecto foi criado pelo Serviço Social e pela Psicologia em 2012 com o propósito de diminuir a restauração da medida de segurança² de egressos ao hospital.

A justificativa da implementação do PAE consiste na necessidade de acesso do sujeito à rede, visto que por muitas vezes se depara com municípios que não contam com CAPS ou contam com uma rede frágil. Tal situação pode desencadear episódios de surtos em sujeitos, que então voltam a cometer delitos.

O PAE é voltado para uma rede de apoio quando o sujeito tem alta através da desinternação condicional da medida de segurança. Uma vez que o sujeito tenha condições de viver em sociedade, os assistentes sociais fazem o primeiro contato com a família para analisar a possibilidade do retorna ao lar. Tendo em vista essa possibilidade, realiza-se junto com o CAPS e a rede de saúde do município o acompanhamento do tratamento deste de

² Restauração da Medida de Segurança é entendida por restabelecimento, conforme o art 97, § 3º do Decreto - Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940 – “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”, ou seja, se após a desinternação o paciente não cumprir os requisitos impostos pelo judiciário ele terá que retornar ao HCTP e continuar internado por mais um ano.

forma ambulatorial (HCTP, 2006). Mesmo após a saída do sujeito do HCTP, o programa visa à necessidade de acompanhamento do egresso durante um ano ou mais, dependendo do caso de cada um. A equipe do HCTP que faz esse acompanhamento é composta por um assistente social, um psicólogo, um enfermeiro/técnico de enfermagem, um agente penitenciário e um coordenador, evitando assim a reincidência do mesmo ao hospital. Para o projeto ter um bom funcionamento é disponibilizado um telefone móvel, viatura descaracterizada, diária e combustível para os profissionais que acompanhem o caso.

Além do PAE, outro projeto existente na instituição é o Acompanhamento Terapêutico (AT). O AT surgiu dentro do Serviço Social e visa a preparação do sujeito ao regresso à sociedade. O projeto funciona com saídas agendadas e supervisionadas por um assistente social, socializando o sujeito em espaços diferentes do habitual vivido por ele. Através dessas atividades há um melhor desempenho quando este sujeito for encaminhado para uma residência/comunidade terapêutica no futuro ou quando retornar ao próprio lar com a família (HCTP, 2005).

Os sujeitos que ali se encontram internados variam na faixa etária entre 18 a 66 anos (Tabela 1). Teoricamente o tempo de internação judicial é de 1 a 3 anos. Porém, isto se torna muitas vezes impraticável considerando-se que muitos deles estão em condição asilar. Muitos se encontram na instituição há vários anos, por motivos como: condição psiquiátrica comprometida, situação sócio-familiar econômica, déficit nas políticas pública do Estado, entre outros.

De acordo com Trindade (2012), as ações profissionais são atribuições que tem por objetivo materializar as intervenções do Serviço Social como instrumentos da prestação de serviço diante das demandas institucionais. Nesse sentido, o Serviço Social do HCTP atua no respeito ao sujeito com transtorno mental, levando em consideração sua história de vida. Para tanto, não vê o sujeito na perspectiva do delito cometido, buscando a garantia dos direitos dos mesmos. Embora o HCTP seja um hospital, também é uma instituição prisional.

Segundo Guerra, o espaço reservado para o Serviço Social

[...] é o de dar respostas, buscar prontamente soluções à pluralidade de questões que lhe são colocadas, para o que necessita de fundamentos teóricos metodológicos e de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica. É a sua inserção na divisão social e técnica do trabalho da sociedade capitalista, sua localização na estrutura sócio-ocupacional e sua funcionalidade na sociedade burguesa, construída no espaço de mediação entre classes e Estado, que atribui à intervenção um caráter político. (GUERRA, 2014, p.47)

Portanto, a concepção de assistência em saúde mental passa por constante transformação, buscando romper com a tradição de enclausuramento e exclusão social, preservando a integridade física, moral e psíquica do sujeito (GOMES, 2009, p. 59). Destarte, os servidores de diversas áreas profissionais dedicam-se ao atendimento dos sujeitos que ali se encontram internadas, tendo em vista a preparação para atividades profissionais que possibilitem o retorno desses às comunidades de origem, visando ao apoio sócio-familiar como base.

2.5 O Serviço Social na saúde mental e na instituição

Outro aspecto a ser abordado é a inserção do Serviço Social na saúde mental, destacando as primeiras práticas do Serviço Social na saúde mental e como é a atuação do assistente social junto aos sujeitos com transtorno mental dentro do HCTP.

O Serviço Social surgiu no Brasil como proteção aos trabalhadores, amenizando a relação entre capital e trabalho por intermédio da intervenção da assistência social, na previdência e em fábricas. Desde o início, a profissão passa a fazer parte da área da saúde, no entanto, é somente em 1946 que passam a existir registros na saúde mental (BISNETO, 2007). Conforme Bisneto (2007, p. 24), a introdução do Serviço Social se deu efetivamente na “saúde mental a partir de 1970, como exigência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)”, principalmente em clínicas privadas.

As contratações dos assistentes sociais se davam de forma precária com contratos temporários, com salários baixos e sem a especificação de funções definidas. Eram contratados apenas para cumprir com a normatização estipulada pelo governo. O Serviço Social neste período de ditadura militar estava sendo requisitado a desenvolver apenas a essência de sua função para a sociedade capitalista, ou seja, os assistentes sociais atuavam no controle do enfrentamento das expressões da questão social, expressas na realidade da população internada nos hospitais psiquiátricos. Segundo Bisneto (2007, p. 25):

O grande problema para o governo da ditadura militar [...] não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparelho asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestação da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi

demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender os “necessitados”.

Bisneto (2007) nos mostra que historicamente o Serviço Social se insere na área da Saúde Mental não somente por atuar com uma nova forma de conduzir o problema da “loucura”, mas por atuar também como apaziguador das questões sociais advindas do setor manicomial.

A inserção do Serviço Social no HCTP ocorreu no ano 1978 com a contratação de uma assistente social. Atualmente, a instituição conta com três profissionais de Serviço Social. Visa um trabalho multidisciplinar, buscando um atendimento eficaz ao sujeito com transtorno mental e sua reintegração ao convívio social, resgatando o vínculo familiar, a autoestima e a sua cidadania (ROSA, 2009).

Os assistentes sociais na área da saúde mental dentro do HCTP desempenham suas funções na reintegração social dos sujeitos do HCTP, atuando na efetivação dos direitos desses sujeitos com transtorno mental, através de encaminhamentos, do acolhimento, e na mediação e fortalecimento de vínculos entre o sujeito e sua família.

O Serviço Social, na atuação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, orienta-se de acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210 de 11 de julho de 1984, a qual estabelece o Serviço de Assistência Social:

Art. 22. A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Art. 23. Incumbe ao serviço de assistência social:

I – conhecer os resultados dos diagnósticos e exames;

II – relatar, por escrito, ao diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentados pelo assistido;

III – acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;

IV – promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;

V – promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;

VI – providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da previdência social e do seguro por acidente no trabalho;

VII – orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima (BRASIL, 1984).

A demanda de atendimento do Serviço Social está ligada ao atendimento dos sujeitos que cumprem medida de segurança ou em tratamento e também aos seus familiares. Os profissionais da área participam também da elaboração de Laudo de Sanidade Mental. Segundo Lima (2004, p.64), o Serviço Social contempla “[...] 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”.

Para Iamamoto (1992), a prática profissional é ato e movimento, necessita ser pensada, analisada, revisada para que a prática contribua com o projeto profissional que se espera construir, voltada para o contínuo desenvolvimento de relações sociais ditas democráticas. Percebe-se nesse sentido que inserir o sujeito com transtorno mental infrator ao convívio social e familiar é um trabalho desafiador para o assistente social que atua nessa organização no que tange a garantia do direito à liberdade, considerando que a instituição ainda é vista com um duplo caráter prisão/hospital.

Destarte, o Serviço Social, frente a esta realidade, precisa atuar com responsabilidade ética e política, para um “novo fazer profissional”, como assinalado por Iamamoto (1992, p. 120). Para isso, faz-se “necessário à negação da base tradicional conservadora, afirmando um novo perfil técnico, não mais um mero agente subalterno ou apenas um executivo, mas um profissional competente, técnica, teórica e politicamente” (TORRES, 2008, p. 202). O trabalho do assistente social na área da saúde, de acordo com Costa (2009, p.341),

[...] cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo perdido quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais.

Bravo (2006) afirma ainda que o trabalho do assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando assim respostas qualificadas aos usuários.

Dessa forma, o Serviço Social dentro do HCTP é incumbido da função primordial de ressocialização, de contribuir para que os sujeitos voltem ao convívio social, utilizando de seu conhecimento para que categorias como democracia, autonomia, reconhecimento social se façam valer em seu fazer profissional.

Por fim, segundo Venera (2016), o desafio para o profissional do Serviço Social no HCTP é conseguir resgatar os vínculos familiares que muitas vezes foram rompidos, em casos onde o sujeito cometeu algum crime contra um membro da família, bem como garantir que

após a alta ele continue o tratamento adequado no local onde irá residir. Segundo Zanetti e Galera (2007, p. 386) “a família [...] deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes”.

Através do convívio e participação nas atividades desenvolvidas no HCTP, percebemos a importância da atuação do Serviço Social nessa instituição. O trabalho realizado pelos assistentes sociais na intervenção dos usuários do HCTP é regido por competência e ética. Tal trabalho consiste primariamente em auxiliar a inserção desses sujeitos no convívio em sociedade e em família, buscando uma melhor qualidade de vida.

O Serviço Social do HCTP pauta seu exercício profissional de acordo com um rol de procedimentos desenvolvidos pelos assistentes sociais atuantes na instituição. Nesse sentido, as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são (HCTP, 2006):

- Elaboração de parecer social para laudo de cessação de periculosidade, bem como, para requisitar benefícios;
- Estudo da situação sócio-familiar;
- Parecer social para laudo de sanidade mental;
- Prestar orientação sobre doença mental e tratamento;
- Prestar orientação sobre os dias de visita e o que os visitantes poderão trazer aos internos;
- Orientar a família sobre a necessidade de manter contato sistemático com a instituição para acompanhamento do tratamento do interno;
- Encaminhamento do usuário para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC);
- Realização de documentação (CPF, RG, entre outros);
- Orientar a família para receber o interno quando for liberado para o convívio familiar e social;
- Orientar sobre a necessidade de continuidade do tratamento e proceder ao encaminhamento ao CAPS ou serviço de saúde mental do município em que o interno irá residir.
- Visitas domiciliares;
- Visitas institucionais;
- Reuniões com equipe multidisciplinares de outras instituições;
- Acompanhamento ao Egresso.

Segundo Yamamoto (2004, p. 20), podemos perceber que,

Para haver uma prática junto a tais questões, um dos maiores desafios que o assistente social vive é desenvolver sua capacidade a decifrar a realidade e

construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas presentes no cotidiano.

Partindo dessa afirmação, entende-se que o exercício profissional exige muito mais que o cumprimento de rotinas, pois demanda competência para propor, defender seu campo de trabalho, as suas qualificações e funções profissionais. Deste modo, os atendimentos que o assistente social presta aos sujeitos em tratamento dentro do HCTP tem como finalidade o acompanhamento na sua reinserção no âmbito familiar e no fortalecimento de vínculos. Muitas vezes os telefonemas proporcionados pelo profissional de Serviço Social são a única forma pela qual os sujeitos mantêm contato com os seus familiares, pois muitas das famílias vivem em cidades distantes, logo as visitas acontecem esporadicamente (HCTP, 2006).

Dentre os instrumentais que os assistentes sociais do HCTP utilizam no cotidiano do seu trabalho, pode-se citar a escuta qualificada, o estudo social, o atendimento social e a elaboração de relatórios para laudo. Todos esses são utilizados desde o acolhimento do sujeito até o momento em que ele se desvincula da instituição. O uso de instrumentais é essencial à profissão, pois propicia o conhecimento mútuo entre profissional e sujeito.

Os instrumentais acima mencionados são utilizados como forma de conhecer o cotidiano dos sujeitos, colher informações mais qualificadas sobre o mesmo, bem como no planejamento de atividades a serem desenvolvidas. São procedimentos técnicos que servem para orientar, acompanhar, avaliar e indicar os elementos para trabalhar o processo de formação cidadã. Tais métodos também ajudam a compreender a realidade dos sujeitos, suas demandas e necessidades, recursos e vulnerabilidades e viabilizam o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Percebe-se que o instrumental é fundamental para que a profissional logo no primeiro momento já consiga identificar a situação em que se encontra o sujeito. Dentre os instrumentos utilizados, destaca-se a escuta qualificada, que atua no sentido de dar qualidade ao levantamento de informações. “[...] nos processos de trabalho profissional é uma ferramenta fundamental que auxilia na apreensão e aproximação da realidade social da qual se está em contato” (OLIVEIRA, 2000, p. 17). A escuta é um ato cognitivo que assume “um sentido todo particular de natureza epistêmica, uma vez que é com tal ato que logramos construir nosso saber” (OLIVEIRA, 2000, p. 18).

Para o exercício de uma reflexão crítica, a dimensão ética-política exige tanto dos supervisores quanto do estudante em formação uma competência crítica, que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este, ao “dever ser” (LEWGOY, 2010). Neste quesito,

destacam-se os preceitos teóricos e técnico-operativos necessários para a realização crítica que advém de uma reflexão consciente: a apropriação e a objetivação. A autora explica esse processo da seguinte forma:

O processo de apropriação é sempre mediatizado pelas relações entre os seres humanos, sendo, portanto, um processo na transmissão de experiência social, isto é, um processo educativo no sentido lato do tempo. O sujeito forma-se por meio da apropriação dos resultados da história social e da objetivação no interior dessa história. Toda objetivação produz uma nova situação (LEWGOY, 2010, p. 157).

Na perspectiva da postura investigativa da realidade é necessário apropriar-se dos conteúdos e fundamentos históricos, metodológicos, éticos, políticos e construir propostas criativas e efetivas de trabalho, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Todos os protagonistas deste processo ensino-aprendizagem são alimentados pela exigência de atualização profissional que se reafirma como fio condutor que resgata a reflexão sobre valores, posturas e atitudes que são assumidas pelo assistente social em função de seu horizonte social e compromisso com a sociedade.

O sujeito é atendido por diversos profissionais (médicos psiquiatras e clínicos, psicólogas, enfermeiras) no HCTP. Quando algum destes identifica que a demanda do sujeito é para o Serviço Social é realizado o encaminhamento, seja de forma verbal ou escrita. Os assistentes sociais têm autonomia para desenvolver seus trabalhos, diferentemente de outras instituições, onde esse profissional tem muitas limitações, principalmente por parte de seus superiores. Sendo assim, percebemos que o Serviço Social é uma categoria tão respeitada quanto qualquer outra que executa suas funções na instituição, com autonomia e isonomia.

É o papel do assistente social do HCTP trabalhar em prol da reinserção social, resgatando a cidadania, buscando cada vez mais alternativa para reinserir o sujeito com transtorno mental na sociedade. A respeito disso, Vasconcelos (2003, p. 170) afirma que “os assistentes sociais tem um papel a cumprir na consolidação de tal solidariedade assegurando que os princípios indicados nos textos de instrumentos de direitos humanos sejam gradualmente traduzidos em realidade”.

Destarte, a permanência longa na instituição psiquiátrica faz com que o sujeito com transtorno mental perca sua capacidade de interação social, que na maioria dos casos já é precária. Nesse sentido, reinserir o sujeito com transtorno mental infrator ao convívio social e familiar é um dos trabalhos pelo qual o profissional do Serviço Social atua nessa instituição, visando o retorno do usuário ao meio social extra-muros.

A carga horária dos profissionais é de 30 horas semanais, e as funções desempenhadas estão de acordo com as competências e atribuições privativas previstas na nº 8.662 de 1993 de 1993 que regulamenta a profissão. Todos os atendimentos feitos pelo profissional do Serviço Social são registrados em pastas específicas nos prontuários dos sujeitos internos. Estes registros são importantes para o acompanhamento deles na instituição.

A competência, a instrumentalidade e as atribuições profissionais são componentes “responsáveis por parte do nosso reconhecimento social, estando estabelecidos em lei, [...] devemos atentar para o seu movimento diante das relações e condições em que se realiza o trabalho assalariado nas sociedades capitalistas” (CFESS, 2015, p. 4). Trindade (2012, p. 95) aponta “que as atribuições são entendidas como ações profissionais” que, sem fugir dos ideais expressos pelo código de ética da profissão, procuram dar respostas às demandas apresentadas pela instituição na qual o assistente social atua.

Ainda segundo Trindade (2012, p.70), expressando o caráter interventivo do Serviço Social,

[...] tais ações vão se materializar em práticas de execução, orientação, acompanhamento, socialização, coordenação, planejamento, pesquisa, monitoramento, supervisão, organização, administração, estudo, análises, pareceres, assessorias, consultorias, entre outras ações que estão no rol de medidas relacionadas aos conteúdos do trabalho do assistente social.

A partir disso, podemos identificar que no contexto da atuação profissional, algumas dessas ações são parte fundamental do trabalho desenvolvido no HCTP. Dentre os instrumentais que a assistente social utiliza no cotidiano, podemos citar como exemplos: a escuta qualificada, o estudo social, o atendimento social, como também elaborar, coordenar, executar programas e projetos como os já mencionados PAE e AT, e ainda a elaboração de relatórios para laudo. Todos esses instrumentos são utilizados desde o acolhimento do sujeito até o momento em que ele se desvincula da instituição. “O melhor tratamento psiquiátrico também é o melhor tratamento social, assim são os objetivos da reabilitação psicossocial” (BISNETO, 2007, p. 127). O assistente social atua junto aos pacientes e seus familiares de forma intensa tendo sempre respaldo da equipe multiprofissional.

Percebe-se como a utilização de todos estes instrumentais estão associados a um “complexo de relações sociopolíticas e econômicas de sua conformação temporal e histórica” (SARMENTO, 2013, p. 113). É a escolha dos instrumentos que mostrará as intencionalidades teórico-políticas dos profissionais do HCTP e conduzirá suas ações. A instrumentalidade no Serviço Social é pensar além da especificidade da profissão, considerar que são diversas as possibilidades de intervenção profissional voltadas a compreender e responder as demandas

sociais, para que a intervenção seja realizada com a devida eficácia, responsabilidade e competência profissional.

Entendendo a técnica como criação, enquanto desdobramento da racionalidade, [...] que neste processo de trabalho humano a consciência tem participação ativa uma vez que elabora finalidades e produz conhecimentos orientando as ações e se constituindo nelas. (SARMENTO, 2013, p.110).

A partir disso, desmistifica-se a ideia de que a técnica é um modelo pronto a ser incorporado, não sendo possível a criação de um manual para todas as situações que chegam ao cotidiano de trabalho. Sendo assim, fica evidente a necessidade de compreender as dificuldades das famílias no cuidado com o familiar acometido com transtorno mental.

Através de pesquisas dessa natureza, torna-se possível observar a condição dos cuidadores, seus dilemas e dificuldades, além de dar voz e vez aos sujeitos familiares que enfrentam uma série de desafios ao desempenhar o papel de cuidado que se espera deles. Esses aspectos serão abordados e analisados na próxima seção, com base na pesquisa realizada com familiares de pacientes do HCTP.

3. O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL

A temática família e cuidado estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que “a família, em toda a sua história, nas suas mais diversas configurações, está caracterizada pelo seu papel de cuidado e proteção de seus membros” (Stamm e Miotto, 2003, p. 161).

A família é uma entidade complexa e em constante transformação. É no seio familiar que se vivencia experiências contraditórias, onde encontram-se mecanismos de afeto e de conflito, os quais moldam a natureza e o caráter dos envolvidos. Deparamo-nos com diferentes concepções de família e com a permanência de um modelo de família ideal nem sempre respaldada pelas experiências humanas vividas.

3.1 Compreensões teóricas sobre família

O tema família tem importância no meio acadêmico, especialmente no Serviço Social, dado que historicamente a intervenção de profissionais dessa área sempre foi voltada para esses sujeitos. Por isso, conceituar família não é uma tarefa simples, pois várias são as definições encontradas. As definições de família, além de serem diversas, também vêm sofrendo transformações ao longo dos anos. Teixeira (2008) assinala que,

A família não é uma instituição natural, mas social e histórica, podendo assumir configurações diversificadas em sociedades ou no interior de uma mesma sociedade, conforme as classes e grupos sociais heterogêneos. (TEIXEIRA, 2008, p. 63).

Conforme a autora, “o padrão de família no Brasil apresentou algumas mudanças nas últimas décadas do século XX e início do século XXI” (TEIXEIRA, 2008, p. 68). Dentre essas mudanças, destaca-se:

Queda substancial do tamanho da família; enorme variação nos arranjos familiares; aumento do número de famílias do tipo mulheres sem cônjuge com filhos, incluindo mulheres idosas viúvas, solteiras ou separadas; aumento do número de famílias cujas pessoas de referência são mulheres e idosos; crescimento do número de famílias chefiadas por idosos (TEIXEIRA, 2008, p. 68).

Observa-se que existem funções nos núcleos familiares e, segundo Teixeira (2008), estas foram se formando ao longo do tempo e adquiriram peculiaridade em cada constituição socioeconômica.

Elsen (2002, apud. BORBA et al., 2008, p. 589), ao problematizar a respeito da família, enfatiza aspectos relacionados a promoção da saúde de seus integrantes:

A família é conceituada como um sistema formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam suas ações na promoção da saúde de seus integrantes, zelando pela prevenção e o tratamento da doença. Intrínseco ao conceito de família como sistema está o processo de cuidar, no qual a família define estratégias a seguir em caso de queixas ou sinal de mal-estar.

Para Nitschke e Elsen (2000, p. 45), trabalhar com família é estar em “trânsito entre o micro e o macrossocial”, entre o ser humano na sua “individualidade e na sua coletividade”, enfim, é mergulhar infinitamente nas relações intra e extrafamiliares.

As profissões tem pensado a família como foco principal de cuidado, onde a figura feminina se destaca. Dada as diversas modificações pelas quais a família vem sofrendo ao longo do tempo, Ribeiro (1999) entende sua conceituação como uma tarefa complexa, principalmente quando o profissional que trabalha com famílias toma como referência maior seus valores, suas crenças e experiências pessoais. A tendência, segundo Ribeiro (1999), é conceituarmos a família a partir das nossas próprias famílias. Dessa maneira, devemos nos despir de crenças, valores e de experiências familiares próprias.

Conforme assinala Miotto (1997), ao falarmos de família devemos nos ater à sua especificidade, sua particularidade, posto que as famílias diferem significativamente entre si nos diversos momentos da história humana,

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido. (MIOTTO, 1997, p. 120).

A família romana originalmente era patriarcal, considerando mulher, filhos, escravos e até bens como terras e animais (isto é, tudo que estivesse sob proteção paterna) como membros do núcleo familiar. A igreja representava um importante papel no conceito de família, e o casamento era indissolúvel. O divórcio foi instituído no Brasil apenas em 1977 através da Emenda Constitucional nº 9 (STAMM E MIOTTO, 2003). Nessa época, a união conjugal deveria ser reconhecida e legitimada pela igreja e pelo Estado. Porém, com a constituição de 1988, o casamento deixou de ser o eixo fundamental da família, a qual passa a ser reconhecida como a relação de união estável entre homem e mulher. Conforme Stamm e

Mioto (2003), também é considerada família núcleos formados por um dos pais onde o homem ou a mulher assume as responsabilidades. Os modelos atuais de família têm como base:

[...] uniões livres, famílias monoparentais com chefia feminina ou masculina, mães/adolescentes solteiras que assumem seus filhos, mulheres que optam por ter filhos sem envolvimento com o pai da criança, famílias formadas por homossexuais, nos dão ciência dessas mudanças e colocam em questão a hegemonia da família nuclear (STAMM E MIOTO, 2003. p.163).

Essas mudanças não devem ser encaradas como negativas e sim como uma reestruturação, possibilitando a emancipação da família opressora. Conforme Bourdieu (1996), apesar de toda a reestruturação, ainda existe uma espécie de ideologia política em torno da família. O autor observa que algumas correntes tendem a ver a família como um universo social separado, empenhado em um trabalho de perpetuação das fronteiras e orientado pela idealização do interior como sagrado (“sanctum”) (BOURDIEU, 1996). A família não é o lugar exclusivo de felicidade. Essa ideologia é defendida pela sociedade industrial, materialista e desumana, com a finalidade de ocultar o verdadeiro caráter histórico da família (MIOTO, 2003).

3.2 Família, saúde e cuidado

Cada família possui sua própria dinâmica, o qual é construída entre seus membros. A presença de doenças impõe às famílias necessidades específicas de organização e comprometimento diante das demandas que surgem no cotidiano do familiar adoentado.

Mioto (2003, p. 164), citando Elsen (1984), entende:

[...] que a família é um sistema de saúde para seus membros. A autora, na sua tese de doutorado, identificou ser o conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças o principal pilar que sustenta as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no próprio tratamento da doença. É nesse sistema que ocorre todo o processo de cuidado, no qual a família toma as iniciativas necessárias frente às situações de doença, supervisiona, avalia, busca ajuda, estando continuamente atenta e disponível para cuidar.

Neste contexto, outro elemento importante pontuado por Elsen (2002) é a rede de suporte social. Parentes, amigos e vizinhos são peças fundamentais no cuidado da família,

principalmente nas circunstâncias de doenças. A solidariedade “dos vizinhos, a ajuda dos amigos” nos momentos de crise, ou mesmo no dia-a-dia da vida familiar representam um fator importante na dinâmica do cuidado (MIOTO, 2003. p.165).

Portanto, se é na família que encontramos o suporte para o cuidado do familiar doente, cabe aos profissionais apoiá-las, fortalecê-las e orientá-las sempre que se encontrarem fragilizadas, além de promover a saúde das mesmas. Enquanto algumas famílias possuem a capacidade de se adaptar diante da dificuldade dos cuidados com seu familiar adoentado, outras não conseguem o mesmo resultado (ROSA, 2003). Neste sentido, voltamos nosso olhar para a família como elemento fundamental na relação de cuidado, sabendo que não há um modelo único, ou melhor, de família, devemos respeitar e entender sua estrutura e peculiaridades.

Neste contexto, destacamos os três tipos principais de sobrecarga que as famílias enfrentam no cuidado de seu ente adoentado. São elas, 1) a sobrecarga financeira, gastos além dos previstos com consultas e medicamentos; 2) a sobrecarga do cuidado, onde o sujeito fica sob responsabilidade de uma única pessoa; 3) a sobrecarga física e emocional, representada pela tensão e nervosismo (SPADINI e SOUZA, 2006). Diante disso, faz-se necessário ter um espaço terapêutico e ressocializador para o sujeito com transtorno mental e para a família do mesmo. Segundo o entendimento de Borba et al. (2008),

Os serviços de atenção comunitária em saúde mental devem incluir ações dirigidas aos familiares e comprometerem-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico (BORBA et al., 2008, p589).

A reformulação da assistência psiquiátrica coloca a família como um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos com transtorno mental. Entretanto, devemos conhecer o universo em que essa família vive e como reagem ao sofrimento psíquico. Tal entendimento é necessário visto que a convivência junto ao sujeito com transtorno mental pode acarretar um desgaste emocional muito grande para a família.

A convivência com o transtorno mental implica em sobrecarga caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises (BORBA et al., 2008, p. 589).

Na grande maioria dos casos, cuidar deste familiar doente torna-se uma tarefa difícil pela falta de apoio e comprometimento dos outros familiares, das instituições, ou de políticas públicas adequadas aos cuidados desta família. Fica evidente a necessidade de orientar e dar o suporte social às famílias destes sujeitos com transtorno mental, para que consigam articular recursos internos para o enfrentamento das situações vivenciadas junto ao sujeito com transtornos mental.

A inserção da família em grupos de familiares, nos quais os fatores complexos relacionados a esta situação são discutidos, é benéfica no sentido de mostrar-lhes que não estão sozinhos na tarefa de cuidar e que as dificuldades enfrentadas também são pertinentes às demais famílias que experenciam conviver com o tratamento psíquico, sofrendo diretamente com os momentos de exacerbação dos sintomas da doença mental (BORBA et al., 2008, p. 591).

O desgaste emocional dos familiares cuidadores é o fator que mais compromete a qualidade de vida desses integrantes que convivem com o sofrimento de seu familiar com transtorno mental. Estratégias de enfrentamento precisam ser trabalhadas para fortalecer os vínculos entre a família e o sujeito com transtorno mental. Segundo Borba et al. (2008), é difícil avaliar e quantificar a sobrecarga de quem convive com um sujeito com transtorno mental, porém é evidente que as famílias sofrem por não saber como agir frente ao comportamento destes familiares.

A convivência com o transtorno mental envolve questões complexas, uma vez que não é possível dissociarmos o “corpo doente”, ou seja, o biológico das suas dimensões sociais que, neste caso, são representadas pelo contexto familiar. Tanto as limitações e o próprio sofrimento do portador de transtorno psíquico são vivenciados também pela família, confirmando a estreita relação entre o biológico e o social (BORBA et al., 2008, p.593).

A realidade destas famílias que convivem com o sofrimento do seu familiar com transtorno mental é permeada por sentimentos de preocupação, ansiedade e sofrimento, muitas vezes implicando em conflitos e tensões. A capacidade da família de ajustar-se à nova situação depende dos laços de solidariedade e do apoio de outras pessoas e instituições.

As famílias precisam ser ouvidas, ter sua realidade/sofrimento compreendida e acolhida, quando, muitas vezes, solicitam a internação do familiar doente não é por não amá-lo ou por fugirem da responsabilidade de, enquanto família, atender as necessidades de seus integrantes. Isso se dá porque não aguentam mais a convivência que, aos poucos, vai se tornando insustentável,

difícil e desgastante, o que ressalta a importância de serem orientadas e apoiadas (BORBA et al., 2008, p. 593).

Portanto, segundo Borba et al. (2008), devemos incluir famílias que possuem membros com transtorno mental em grupos de familiares nos serviços comunitários, prestar esclarecimentos sobre saúde mental, realizar visitas domiciliares a fim de poder conhecer a realidade dessas famílias, fazendo com que as mesmas se sintam seguras e capazes de agir adequadamente em relação aos sintomas que os sujeitos acometidos de transtorno mental apresentam.

Diante disso, a relação entre sujeito com transtorno mental e família deverá ser alicerçada em respeito, onde a individualidade de todos seja preservada, de forma que as famílias não se sintam sobrecarregadas e tenham suas necessidades atendidas. Por outro lado, tal relação deve permitir que os usuários possam resgatar sua cidadania e autonomia.

3.3 Responsabilizações, cuidado e o papel da família

Historicamente, identificamos que a família nem sempre esteve incluída no tratamento dispensado às pessoas portadoras de adoecimento psíquico. Porém, as famílias culturalmente são responsabilizadas quase que exclusivamente pelos cuidados de seus membros, especialmente na área da saúde. Os sujeitos com transtorno mental que antes eram afastados das famílias por representarem uma ameaça passam agora a serem inseridos no seio familiar. Devido a essas mudanças, começam a surgir diversas dificuldades para a família com relação a forma de lidar com usuário com transtorno mental e em como reintegrá-lo na sociedade.

Diante da tamanha responsabilidade imposta às famílias, faz-se necessário encontrar soluções para repor o seu equilíbrio emocional. É preciso ir ao encontro destas famílias para que elas possam expressar o que pensam e como convivem com a situação no cotidiano. Segundo Bessa e Waidman (2013, p. 64),

Percebe-se que na fase de adaptação a família muda a sua rotina de vida, tendo que abster-se de suas atividades para poder cuidar do seu familiar doente. [...] a falta de preparo para lidar com as novas situações, e este é o momento em que o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental se faz necessário [...].

A família do sujeito com transtorno mental não está totalmente preparada para acolhê-lo, existindo assim um espaço entre o cuidado atual e o que se almeja em relação à saúde

intelectual do sujeito. Além disso, acredita-se que quando um sujeito é acometido por um transtorno mental não é só ele que sofre, mas toda sua família, por isso a necessidade de oferecer apoio e acompanhamento também a eles (WAIDMAN et al., 1999).

As famílias têm se mostrado inseguras e impotentes para resolver dificuldades domésticas, e frequentemente procuram ajuda de especialistas em busca de respostas para o seu sofrimento. De acordo com Melman, (2006, p. 19) “[...] o surgimento de uma doença mental em um membro na família agrava drasticamente o quadro de insegurança e desconforto”. O adoecimento de um membro na família significa um grande rompimento na trajetória da existência.

Sobre o cuidado, é importante lembrar que esta é uma prática que acompanha o ser humano desde os primórdios. No entanto, assim como ocorre com a família, este processo vem se modificando constantemente. As questões relacionadas com o cuidado representam uma das demandas mais importantes para os assistentes sociais que atuam no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Ao buscarmos uma definição para cuidado, logo nos vem em mente palavras como zelo, preocupação ou até mesmo atenção com algo ou alguém. Segundo Figueiredo, “[...] o cuidado aparece quando alguém próximo necessita dele, e por sua natureza é uma atitude de atenção e carinho” (FIGUEIREDO, 2012, p. 31). Para Pinheiro e Guizardi (2004), cuidado é atender o ser humano em seu sofrimento muitas vezes fruto da fragilidade social. É o tratamento humanitário, generoso, respeitoso, baseado no acolhimento e na realidade social, coletiva e individual, que possibilite a superação de práticas preconceituosas, garantindo ao usuário a participação no seu processo saúde-doença e das práticas de controle social.

Deste modo, acompanhar no cuidado do sujeito com transtorno mental representa para a família um desafio e uma sobrecarga com inúmeras tarefas para as quais muitas vezes ela não se encontra preparada pela falta de acesso a políticas públicas que garantam uma melhor qualidade de vida para todos os membros envolvidos (ROSA, 2003). Diante da dificuldade dessas tarefas, a família poderá se frustrar e transferir tal frustração ao sujeito com transtorno mental em forma de preconceito e rejeição.

Nesse contexto, o assistente social, enquanto profissional que trabalha com a realidade destas famílias, muitas vezes se torna também refém do descaso público e da ausência de políticas eficazes. Como consequência, a sua intervenção, em muitos casos, fica reduzida a ações como encontros e rodas de conversas, as quais, embora contribuam para atenuar o sofrimento destas pessoas, ainda ficam longe de resolver o problema que enfrentam.

Dessa forma, faz-se necessário um trabalho voltado para a busca do bem-estar da família e do sujeito com transtorno mental. Segundo Pereira e Pereira (2003), novas estratégias emergem gradativamente, favorecendo uma participação mais coletiva, reconhecendo o valor e a importância da família na atenção à saúde mental e fazendo a sua inserção no projeto terapêutico, em busca de uma melhor qualidade de vida tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida.

Na visão de Bessa e Waidman (2013, p. 65), as Instituições devem:

Oferecer aos familiares uma melhor orientação sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes e informar-lhes que a presença de alguns comportamentos, como agitação, auto/heteroagressões e perturbação noturna, pode sugerir a necessidade de reajuste na medicação dos pacientes [...] em contrapartida, para reajuste da medicação é preciso adesão ao tratamento, e isto na maioria das famílias não é alcançado.

Os autores veem como fundamental o investimento político e a aplicação de recursos na prestação de serviços terapêuticos extra-hospitalares eficazes e com resolutividade por parte do Estado, fazendo com que a incidência de internação diminua (BESSA E WAIDMAN, 2013). Nesse caso, a qualidade de vida e bem-estar do usuário com transtorno mental depende de políticas públicas e acesso a serviços oferecidos pelo Estado, incluindo acompanhamento por profissionais capacitados das áreas de saúde, ciências humanas e sociais.

Diante disso, através desta pesquisa, percebe-se a necessidade e importância do apoio das instituições através da oferta de profissionais e serviços públicos de saúde adequados a esses usuários. Percebemos também o papel da família no que se refere ao acompanhamento e zelo pelo bem-estar do usuário com transtorno mental, propiciando a esses um espaço de apoio, atenção e proteção (RHEINHEIMER E KOCH, 2016).

O profissional de Serviço Social deve oferecer apoio, informações e condições adequadas às famílias para que as mesmas acessem serviços públicos de atendimento aos seus membros com transtorno mental, fortalecendo assim o laço familiar entre usuário e cuidador. Conforme Pereira e Pereira (2003, p. 97-98),

[...] a informação sobre a natureza dos sintomas e sobre o tratamento podem melhorar a compreensão e a estabilidade emocional no contexto da família [...] além do aprendizado de informações que poderão trazer mudanças de atitude para com a doença mental e, conseqüentemente para a pessoa que sofre essa experiência.

Para Brischiliari e Waidman (2012, p. 151), muitas vezes o sujeito com transtorno mental é “estigmatizado pela sociedade como incapaz, inabilitado, incompetente e antissocial”. Neste sentido, os serviços extra-hospitalares tem como uma de suas funções oferecer atendimento às famílias para esclarecer sobre os sintomas da doença e para tornar a família aliada e colaboradora na luta por direitos nos tratamentos destes sujeitos.

Segundo Bessa e Waidman (2013), atualmente os estudos preconizam a inserção de familiares na assistência em saúde mental. Porém, para que essa tarefa se torne uma realidade, é necessário capacitar os profissionais da área para que percebam a importância da família como colaboradora no acompanhamento da pessoa com transtorno mental, e não responsabilizá-la unicamente pelo tratamento e cuidado deste.

Conforme, Nasi et al. (2004, p. 61):

A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa [...], pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de atenção e acompanhamentos dos membros do grupo familiar.

Como mostram alguns autores, percebemos que a qualidade de vida e bem-estar do usuário com transtorno mental depende do apoio familiar, políticas públicas e acesso a serviços oferecidos pelas instituições, incluindo acompanhamento por profissionais capacitados das áreas de saúde, ciências humanas e sociais. O cuidado por parte do profissional de Serviço Social com o familiar que na maioria das vezes encontra-se desgastado e desamparado se mostra de extrema importância nesse processo.

3.4 As famílias e suas dificuldades no cuidado: os achados da pesquisa

O presente estudo evidencia uma série de dificuldades vivenciadas pelas famílias de sujeito com transtornos mentais em diferentes âmbitos da vida cotidiana. Dar-lhes visibilidade em todos os aspectos apresentados é fundamental para compreender e estabelecer formas de acompanhar e cuidar compatíveis com as necessidades de cada família.

Pesquisas sobre o tema são instrumentos importantes para fomentar essa discussão, pois fornecem subsídios tanto para a intervenção profissional, quanto para a formulação de políticas públicas. Com isso, algumas questões foram formuladas às famílias de pacientes do HCTP, tais como: 1) Quando a doença teve início, e como a família percebeu? 2) Como era o relacionamento familiar com esses sujeitos? 3) Quais os principais problemas enfrentados

pela família? 4) Qual a expectativa dos familiares após alta? 5) A família recebeu algum tipo de orientação?

3.4.1 Cuidados à família e/ou aprendizado sobre a doença mental

As famílias ao serem entrevistadas relatam ter uma vida permeada por sofrimento e dificuldades, uma vez que lidar com uma pessoa com esse tipo de transtorno representa para elas esforço, dedicação e empenho. Villares et al. (2000, p. 37) em sua pesquisa demonstra que “nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença”. O acompanhamento no cuidado e tratamento desse sujeito é visto como uma maneira de aprendizado sobre a doença e de como lidar com ela.

De acordo com as famílias entrevistadas, o HCTP tornou-se um espaço de referência para obter informações e recursos relacionados a formas de agir ao defrontar com determinadas situações com seu familiar adoecido. Assim, acolher e orientar as famílias são atividades fundamentais para auxiliá-las no processo de reinserção desses sujeitos ao seio familiar e na sociedade.

Alguns relatos das entrevistas analisadas chamam a atenção exatamente para esse aspecto. De acordo com Palmeira et al. (2009, p.69) “tentar aproximar-se, explorar e compreender melhor esse mundo desconhecido é um desafio imprescindível para resguardar a relação positiva e afetuosa da família com o paciente, tão importante para seu tratamento e para o prognóstico de sua doença”. A identificação do transtorno mental ocorre geralmente por pessoas próximas ao doente, por meio de observação de seu comportamento convencional. De acordo com relato de familiares, percebe-se a angústia e estresse pelo fato dos mesmos não saberem como lidar com a situação. Quando questionados acerca do início da doença e como a mesma se manifestou, os familiares evidenciam os seguintes pontos:

Na fase da adolescência com 14 anos já começou a incomodar com essas coisas, sabe, [...] se vestia todo de preto, pintava o cabelo de vermelho, de roxo,[...] eu dizia meu filho isso não é coisa normal, depois [...] começou a ter delírios com 21 anos, quando senti a diferença nele [...] eu pensei que era bobiça dele, quando falava que ouvia vozes que eles queriam matá-lo, achei que era coisa de jovem[...] talvez uma fase, tudo era uma fase, eu penso, para chamar a atenção[...] olha tem hora que eu penso que sou culpada, porque eu não tomei providência, jamais pensei que ele ia fazer isso[...]ele só queria ficar no quarto, quantas vezes pensei que ao abrir a porta do quarto ele estivesse morto (Familiar 1).

Ele era um piá bem estudado, [...] aos 30 anos ele foi para outra cidade arrumar serviço, daí bateu o ônibus num caminhão, ele quebrou o osso e levou acho choque no cérebro [...] daí deu a depressão porque não conseguia mais emprego e ninguém dava, pois via ele machucado no rosto, antes do acidente ele era normal, depois do acidente ele bateu a cabeça e parou de trabalhar, daí ele se trancava no quarto e ficava até 3 dias, não tomava água, não queria comer, aí eu pedi ajuda para os psicólogos (Familiar 2).

Com 10 anos ele ia sabe na aula e rodava, até que um dia ele não quis ir mais, ele ia ao psicólogo, agora to levando até o outro irmão, o relacionamento antes era bom, ele cuida da avó, [...] só quando ele tava bêbado ficava diferente, quando saía com a piazada, era a bebida que deixava ele mais transtornado (Familiar 3).

Foi um choque, percebi aos 2 anos que ele era muito isolado de outras crianças, que quando tinha 21 anos teve o primeiro surto e até mesmo não admitia sermos os seus pais (Familiar 4).

A droga mexeu com a vida do meu filho, que ao saber sobre a doença começou a fazer uso de crack na adolescência (Familiar 5).

Dando continuidade à entrevista, perguntamos como era o relacionamento familiar com o paciente e qual era a expectativa da família a respeito de receber seu familiar após alta. Percebe-se nas diversas falas a preocupação e a angústia das famílias em lidar com um problema que para elas é difícil de compreender, como vemos nas seguintes falas:

Antes de acontecer tudo isso tinha um bom relacionamento com a família, ele era conversador, se abria para mim, contava história, ria, depois com a doença queria ver o capeta e não queria me ver, ele dizia que eu estava na mira dele [...] um dia estava bom, outro tinha ódio de mim, tinha um ódio por mim [...] ele era um menino muito teimoso. Estou bem consciente que depois que meu filho sair daqui, tenho que cuidar dele, como mãe eu quero cuidar dele, eu disse: se a mãe morrer um dia, tens as tuas manas para olhar por ti meu filho, mas tem que tomar remédio, vida normal, mas tem que te ajudar também. Eu só tenho medo, quando isso acontecer, dele sair do hospital, eu tenho que estar bem preparada, vai ser difícil para mim, mais boto Deus na frente de tudo. (Familiar 1)

Quando ele não bebia era uma pessoa boa, [...] quando bebia ficava nervoso com os irmãos, [...] se escondia no canto da casa com um facão, com um pau ou coisa na mão, daí os irmãos não ia lá, porque ele pode pular e bater neles, [...] eles tinham medo dele e eu também (Familiar 2)

Eu penso que quando sair ele fique bom, que ele sai bom com bastante saúde. Eu penso em acolher ele em casa se ele ficar bom[...]ele era muito apegado a avó[...] a avó tem dó dele, ele ajudava muito ela no serviço de

casa. Em casa ele agrediu o irmão até veio parar aqui no hospital (Familiar 3).

Meu filho não admite que possui a doença, eu também sou doente e quando não me trato sou uma pessoa ruim [...] há histórico de doenças psiquiátricas na família, ele é bom filho, um bom menino. Quando sair ele irá morar comigo, vou cuidar dele (Familiar 6).

Meu irmão tem dificuldade em assumir a doença, [...] tento respeitar o espaço dele, uma vez que o mesmo não admite a doença, sinto tristeza por não saber como será o comportamento dele quando for pra casa, se vai ser agressivo comigo (Familiar 7).

Meu filho tem dificuldades em acreditar ainda na sua doença, nosso relacionamento é firmado e acontece através do respeito (Familiar 8).

De modo geral, as famílias chegam aos postos de serviços psiquiátricos estressadas, angustiadas, com forte sentimento de culpa, sem compreender e sem saber como lidar cotidianamente com o familiar doente, tendo seus recursos materiais e psicossociais esgotados (VASCONCELOS, 2010).

O transtorno mental tende a sobrecarregar a família emocionalmente, pois o convívio com uma pessoa que não se considera enfermo costuma gerar tensões [...] O transtorno mental também traz para a família a vivência com o estigma, já que é associado à imprevisibilidade de ações e à conduta perigosa (VASCONCELOS 2010, p. 271).

O sujeito com transtorno mental exerce um forte impacto sobre a vida familiar. Seu diagnóstico é acompanhado por momentos de incerteza e perplexidade. Conforme o grau de parentesco, ter uma pessoa com transtorno mental na família é vivenciar sentimentos de tristeza, vergonha, raiva, impotência e ansiedade (VASCONCELOS, 2010).

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (PEREIRA E PEREIRA, 2003, p. 254).

Nos relatos coletados neste trabalho, identifica-se o receio de aceitar seu familiar de volta ao convívio social, o medo de que ele possa deixar de tomar a medicação e a doença se agrave e com isso o sujeito possa cometer outro delito. As famílias tem histórico de muitas situações difíceis e dolorosas junto ao familiar com transtorno mental, como observado nas falas a seguir:

Um dia meu filho chegou em casa com a testa toda ensanguentada, ele sofria bullying, até de braço quebrado ele já chegou em casa, por andar com amigos gays, meu filho já sofreu muito por aí, e ele nem falava nada, eu sofria muito [...]. O problema é de não obedecer, ele não tava nem aí, isso que eu tenho medo, de ele não me obedecer, ficar agressivo[...] hoje ele estava bom, amanhã não tava, não tomava remédio [...] por isso estou ansiosa[...] depois que ele sair, estou bem consciente que tem que continuar o tratamento, como mãe eu quero cuidar dele (Familiar 1).

Eu sempre to preocupada, eu não sei se ele mudou, se vai mudar [...] eu sempre tive medo dele, se ele se transformar, ele machuca [...] na verdade eu luto porque sou mãe dele, mais tenho medo dele [...] o que eu puder vou fazer. Levar tudo na boa para ele não se reagir, não se estressar[...] a minha filha vai me ajudar a cuidar dele, os outros irmãos vão visitar mais não vão ficar para cuidar (Familiar 2).

Um dia de madrugada com chuva ele veio para casa com a roupa toda molhada, tirei tudo, e tive que colocar o colchão no assoalho, assim para ele dormir [...] não queria dormir na cama,[...] passei muitas dificuldades com ele[...] acho que aqui (HCTP) ele está fazendo o tratamento, é melhor do que lá na rua, que Deus o livre, já tinha acontecido coisa pior com ele (Familiar 3).

Os achados da pesquisa mostram que o sofrimento da família em conviver com um sujeito com transtorno mental está ligado às adversidades de comportamentos e sintomas que desnorteiam e dificultam a relação familiar. Além disso, muitas das vezes a família não possui orientações acerca da melhor maneira de cuidar e agir em situações desafiadoras, sentindo medo e insegurança diante do familiar com transtorno mental.

Perguntamos se a família teve algum tipo de orientação sobre o que é transtorno mental e como lidar com a doença. Segundo os familiares entrevistados, através do contato com a equipe técnica e com outros familiares, o Grupo de Apoio Familiar (GAF) existente dentro do HCTP tornou-se um grande aliado como referência na obtenção de informações relacionadas ao enfrentamento de como fazer e agir em determinadas situações com seu familiar adoecido.

Percebe-se que além de tratar o sujeito com transtorno mental, é necessário dar orientação à família, pois muitas delas não possuem conhecimentos de como acompanhar e dar a assistência necessária a este sujeito. A família precisa ser inserida no processo terapêutico a fim de contribuir na manutenção da saúde do sujeito, bem como pela necessidade que esta possui de partilhar seus anseios, frustrações, experiências, visto que é responsável por suprir grande parte da demanda do paciente (GONÇALVES, 1983).

Neste contexto, o HCTP procura na prática dar suporte também aos familiares através do GAF, que surgiu a partir do entendimento de que os sujeitos com transtorno mental internados no HCTP e suas famílias e/ou responsáveis carecem de informações a respeito do tratamento e da doença mental que os cercam. Esse trabalho é desenvolvido pela equipe multiprofissional do HCTP, a qual compartilha do entendimento que a família é a mais afetada e é aquela que não está tão preparada para ter um integrante com transtorno mental em seu meio (MELMAN 2001). O objetivo do GAF é o de prestar orientação e capacitação para as famílias e/ou responsáveis pelos pacientes internados no HCTP. Tem a finalidade de orientar, explicar e dar suporte técnico, a fim de prestar esclarecimentos de como portar-se com o tratamento do familiar com transtorno mental, contribuindo para a reinserção social do mesmo.

O acolhimento se destaca entre os fatores essenciais para uma relação saudável entre paciente e família, chamando atenção para os efeitos benéficos de determinados modos de interação na rotina do serviço. Os familiares descrevem sua participação no GAF como sendo uma forma de se sentirem acolhidos e apoiados diante do adoecimento de seu familiar. Essas orientações colaboram para um melhor entendimento da família acerca da condição e tratamento, como observado nas falas a seguir:

Entender um pouco sobre a esquizofrenia e a depressão, [...] como é maravilhosa essa reunião, ter essa orientação é muito bom eu estava chorosa e agora estou forte. Antes não sabia como agir, por isso ficava ansiosa (Familiar 1).

Saber o que é e quanto tempo é preciso para ele ter algum benefício, essas orientações foram muito importantes (Familiar 2).

Ainda não, gostaria de saber, eu levava ele na psicóloga, daí ela dava um pouco de orientação, não pode deixar abandonado, só que eu sozinha com ele tenho medo (Familiar 3).

Para nós foi tudo de bom, esclareceu várias dúvidas, [...] muito instrutivo já fazendo a família participar mais sobre a doença do paciente, antes não tinha nenhuma orientação a respeito da doença do meu filho (Familiar 4).

Esclarecer sobre a doença, trabalho muito importante para os pacientes e familiares (Familiar 5).

Gostei muito do grupo, meus olhos estão abertos para conhecer mais sobre a doença de seu filho (Familiar 6).

Os pacientes não admitem a doença e no grupo aprendi que as substâncias ilícitas podem prejudicar e potencializar as doenças (Familiar 7).

Antes não tinha nenhuma orientação [...] eu queria conversar [...] agora com o grupo posso tirar todas as minhas dúvidas (Familiar 8).

Diante dos relatos, percebe-se que os familiares entrevistados, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas no decorrer do acompanhamento e cuidado do paciente, reconhecem a importância de sua participação no tratamento como uma forma de estar presente em uma situação difícil, e que a presença nas atividades promovidas pelo HCTP é uma forma de não abandono e de permanecer próximo de seus parentes. Nesse sentido, Rosa (2003, p. 212) aponta para o potencial do contato entre os familiares ao mostrar a possibilidade de diferentes formas de convívio com o paciente: “Se, por um lado, os familiares cuidadores podem ser homogeneizados em sua condição de vida e na forma como enfrentam os desafios cotidianos, por outro lado há muita riqueza nos encontros”.

Porém, não se deve colocar a responsabilidade do tratamento na família, sobrecarregando-a. Sendo assim, é preciso trabalhar com o acompanhamento e o cuidado tanto do paciente como de sua família. A falta de informação sobre a doença leva a família a adoecer junto com este paciente, como supracitado. “A família nunca deixou de ter papel significativo na organização e desenvolvimento dos diferentes sistemas de proteção social” (MIOTO, 2006, p. 135).

Sendo assim, o Serviço Social deve proporcionar acolhimento aos diversos modelos de famílias, pois são elas que na sua grande maioria irão dar apoio ao paciente que se encontra internado no HCTP. Entretanto, ainda há um longo caminho a percorrer na luta por uma saúde pública e de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender que a participação da família no tratamento de sujeitos com transtorno mental é de suma importância para sua reinserção ao convívio social, como também, reconhecer o desgaste físico e emocional enfrentado pela família no convívio com a doença mental. A experiência de estágio realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) me proporcionou conhecer a trajetória da saúde mental no Brasil e o tratamento dispensado aos sujeitos com transtorno mental, bem como o auxílio às respectivas famílias.

Ao resgatar a história da “loucura”, observa-se que os “loucos”, desde seus primórdios até os dias atuais, são vistos de forma estigmatizada pela sociedade. Historicamente, o “louco” fora sempre apartado do convívio com as outras pessoas e os tratamentos dispensados aos mesmos eram desumanos e repressivos. Muitos morreram, acusados de heresia, outros eram trancafiados em lugares insalubres, segregada em manicômios. Segundo Vasconcelos (2002),

No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Era necessário “uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco”. Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade (VASCONCELOS, 2002, p.49).

A Reforma Psiquiátrica trouxe para a família e a sociedade a convivência com o sujeito com transtorno mental, representando um avanço em relação às formas tradicionais de tratamento dos sujeitos que sofrem com essa doença. O processo de desinstitucionalização, produto da luta antimanicomial, teve como finalidade evitar ou reduzir os depósitos de seres humanos nas instituições.

É necessário pensar a desinstitucionalização não apenas como à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos que envolvem questões de caráter técnico, administrativo e assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos, mas que haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. (AMARANTE, 1995, p. 494)

Porém, sabe-se que a discriminação e preconceito ainda acontecem, e as marcas deste estigma e as referidas formas de tratamento ainda estão presentes em algumas instituições psiquiátricas e na sociedade em geral. Observa-se que houve uma luta grande de reconhecimento desse sujeito com transtorno mental para que a sociedade também passe a conviver com eles.

Com a volta do sujeito à sociedade, a família se depara com uma nova realidade: conviver com o doente mental. Tal situação, não raro, resulta em uma série de dificuldades antes ignoradas, como o medo do comportamento violento de seu familiar, sobrecarga financeira, dúvida sobre a doença e o preconceito social. Por não saberem como lidar com essas situações, membros da família chegam a adoecer, expressam desânimo e até hostilidade para com o sujeito com transtorno mental.

Segundo Vasconcelos (2010, p. 35),

As demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles.

Apesar disso, envolver a família do sujeito com transtorno mental no acompanhamento e cuidado pode beneficiar o prognóstico do sujeito, além de encorajá-lo em lidar com o transtorno mental. Diante dessa temática percebemos que é fundamental que os profissionais de Serviço Social conheçam a família destes sujeitos para poder acompanhá-la e orientá-la. Profissionais do Serviço Social devem estar abertos para acolher todos os tipos de família, pois são elas que, na grande maioria das vezes, irão dar apoio ao familiar com transtorno mental. Vasconcelos (2010) refere que:

A ausência da família no processo de tratamento do doente mental pode comprometer a qualidade de vida do seu familiar, pois é ela, a família, quem conceitua as relações afetivas e de cuidado que o doente necessita em torno de sua patologia e sua inclusão social (VASCONCELOS, 2010, p. 28).

De acordo com essa realidade, compreende-se que o profissional de Serviço Social, precisa trabalhar para acabar com preconceitos, articular forças e preparar a família e o sujeito com transtorno mental para mudanças.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família como espaço privilegiado para a prática do cuidado, precisa ser inserida de forma efetiva

nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada (BORBA et al., 2008, p. 593).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, junto à experiência adquirida durante o período de estudo e estágio na instituição, possibilitou a percepção de que a participação da família tem uma significância concreta na melhoria da qualidade de vida do familiar com transtorno mental. Por meio das entrevistas e contato direto com as famílias dos internos com transtorno mental do HCTP, foi possível aprofundar o debate sobre a importância da participação da família no cuidado e acompanhamento do familiar, bem como observar e auxiliar o exercício profissional das assistentes sociais da instituição. Nesse contexto, ainda que as políticas públicas disponíveis atualmente sejam escassas e por vezes pouco implementadas, é evidente a evolução no comportamento de órgãos públicos e instituições de cuidado no que tange o tratamento e garantia de direitos aos usuários com transtorno mental e sua família.

O cuidado tem que ser repensado na sua dimensão totalizante, como um mito, um fenômeno histórico, uma relação social e um projeto político. Enquanto mito é preciso desmitificá-lo, retirando-o da condição de exclusivismo feminino. Como fenômeno histórico, tem que ser datado e localizado nos diversos contextos tal qual uma relação social de se transforma, que pode sair então da esfera exclusivamente pessoal e privada, pois o pessoal e o cotidiano são políticos. Como projeto político, pode ser considerado um tipo de interação construída pelos sujeitos, suscetível a redefinições e recomposições. Remete, assim, a um processo contraditório, concomitantemente gratificante e conflituoso, carregado de obrigações, dores, opressões, mas também de prazeres, alegria, generosidade e amor (ROSA, 2003, p. 349).

Em suma, os vínculos entre família e sujeito com transtorno mental precisam ser embasados em uma convivência de respeito e sinceridade, tendo a singularidade e individualidade de todos preservada, de forma que a família não se sinta sobrecarregada e o sujeito com transtorno mental possa regastar sua cidadania e autonomia.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (Org.) **Asilos, alienados e alienistas**. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 73-83.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1995, v. 11, n. 3, p. 491-494.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

BALLONE, Geraldo José. **O que são Transtornos Mentais**. 2008. In. PsiqWeb. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 13 de fev. de 2018.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, p. 61-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

BONASSA, Giselli Dandolini. **A Desospitalização e os Impasses da Reintegração Social: Um Estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BORBA, Leticia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm**. São Paulo. 2008, vol.21, n.4, p. 588-594. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000400009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996.

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. O portador de transtorno mental e a vida em família. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2012, p. 147- 156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf> >. Acesso em: 11 Fev. 2018.

BRASIL. **LEP - Lei nº 7.210 de 11 de Julho de 1984**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11701190/artigo-26-da-lei-n-7210-de-11-de-julho-de-1984>>. Acesso em: 02 de mar. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Art. 26. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em 03 de mar. de 2018.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Disponível em: < [http.planalto.gov.br/](http://planalto.gov.br/)>. Acesso em: 03 de mar. de 2018.

BRASIL. **Decreto nº 4.283 de 22 de fevereiro de 1994.** Regimento Interno do HCTP.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Art. 26 e Art. 97. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em 03 de mar. de 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; ET AL; (orgs). **Saúde e Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto. Apontamentos Sobre o despertar da Assistência Psiquiátrica Nacional. **Revista eletrônica de periódicos da Universidade Federal da Paraíba.** 2008, v.1, n.1, p.123-130.

CFESS. **Assistente Social:** profissional de luta, profissional presente! In: É Notícia, boletim anual conjunto CFESS/CRESS. Brasília, ano 1, edição no 1, 2015.

COHEN, Claudio. Medida de Segurança. In.: COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio Carvalho.; SEGRE, Marco. (Org.). **Saúde Mental, crime e justiça.** São Paulo, Universidade de São Paulo, 1996, 81 p.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistente Social Serviço.Social. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional.4 ed. São Paulo: Cortez, 2009. OPAS; OMS; Ministério da Saúde.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia Silva; SANTOS, Mara Regina dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002.

ELSEN, Ingrid; ET al. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias.** Florianópolis, GAPEFAM/UFSC, 2000.

FIGUEIREDO, Tatiana Enter. **Cuidador de Pessoa Idosa:** Reflexões Sobre a Responsalização Familiar, os Desafios Postos às Políticas Sociais e a Regulamentação da Profissão. Florianópolis, UFSC, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. **Microfísica do Poder.** 15ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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.

GONÇALVES, Marco Antonio. **Formação da cidadania**: proposta educacional. São Paulo: Ed. Paulus, 1983.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10ª Ed. São Paulo: Cortez, 2014.

HCTP- HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Plano de Trabalho do Serviço Social**. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Florianópolis, 2006.

_____. **Processo de Trabalho do Serviço Social**. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Florianópolis, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

KNOPP, Amanda. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e os CAPS - Centros De Atenção Psicossocial**: a atuação do Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

LEWGOY, Alzira. Competência profissional: dimensões do processo de supervisão de estágio. In: **Supervisão de estágio em Serviço Social**: desafios para a formação e exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2010, p. 149-184, capítulo 4.

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.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 1997. v. 17, n. 55, p. 114-130.

_____. Família, trabalho com família e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, 2003. v.12, n.2, p. 163-176.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NASI, Cíntia; STUMM, Lílian Konageski; Hildebrandt, Leila Mariza. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio grande do Sul. 2004. v. 6, n. 1, p.59-67. Disponível em:< www.fen.ufg.br>. Acesso em: 11 mar. 2018.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves; ELSSEN, Ingrid. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 2000. v. 53, p. 35-48.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O Trabalho do Antropólogo**. 2ª. ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000. 220 p.

Organização Mundial da Saúde. **Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde mental, Direitos Humanos e Legislação**. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 13 de fev. de 2018.

PALMEIRA, Leonardo; ET al. **Entendendo a Esquizofrenia: Como a família pode ajudar no tratamento?** Rio de Janeiro: Interciência, 2009.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JR., Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>>. Acesso em: 10 Mar. 2018.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araujo. (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

RHEINHEIMER, Isabel Lermen; KOCH, Sabrina. O papel da família no cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental. **Revista Psicologia em Foco**, 2016. v. 8, n. 11, p. 49-61. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=o+papel+da+familia+no+cuidado+com+a+pessoa+ortadora+de+transtorno+mental&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

RIBEIRO, Maria Salete. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis, JOESC, 1999.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, 1999.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Instrumental Técnico e o Serviço Social. In: SANTOS, Cláudia Mônica.; BACKX, Sheila de Souza.; GUERRA, Yolanda. (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2 ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013, p. 103-120.

SPINK, Mary Jane Paris.; MENEGON, Vera Sonia Mincoff. **Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: A linguagem dos riscos em documentos de domínio público.** Petrópolis, R.J.: Vozes. 2004.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2006, v. 40 (1), p. 123-127.

STAMM, Maristela; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, 2003, v. 2, n. 2, p. 161-168.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista Kairós**. São Paulo, 2008, p. 59-80.

TORRES, Sabrina Lopes. **Os paradoxos da ação profissional no sistema penal: uma análise do serviço social na penitenciária masculina e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TRINDADE, Rosa Predes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Claudia Mônica; BACKX, Sheila de Souza; GUERRA, Yolanda. (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** 2ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013, p. 69-102.

VARGAS, Danieli Cristina. **A atuação profissional do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias.** São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e o Serviço social: o desafio da subjetividade da interdisciplinaridade.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VENERA, Denise. **Dados sobre HCTP.** Entrevista concedida aos estagiários do Serviço Social. Florianópolis, 24 out. 2016.

VILLARES, Cecília Cruz.; REDKO, Cristina Pozzi; MARI, Jair de Jesus. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2000. v. 21.

WAIMAN, Maria Angelica Pagliarini; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão; STEFANELLI, Maguida Costa. Família e Doença Mental. **Rev. Saúde Desenvolvimento.** Curitiba, 1999, v.1, n.1/2, p.27-32.

ZANETTI Ana Carolina Guidorizzi; GALERA Sueli Aparecida Frari. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha Enfermagem.** São Paulo, 2007, p. 385-392

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “Família e Transtorno Mental: dilemas no acompanhamento e no cuidado”. A pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social (TCCSS/UFSC). Este estudo tem o objetivo de “analisar as dificuldades das famílias no acompanhamento e cuidado no tratamento de familiares com transtorno mental”.

Desta maneira, convidamos você para participar de uma entrevista gravada (apenas com sua permissão) com perguntas realizadas durante uma entrevista. É importante esclarecer que a pesquisa à curto prazo não trará benefícios aos participantes.

É importante esclarecer que a pesquisa pode apresentar possíveis desconfortos ou riscos ao participante, como se sentir constrangido, aborrecido, cansado ou provocar certas emoções ao responder as perguntas sobre assuntos delicados em relação ao familiar com transtorno mental, as dificuldades no acompanhamento e cuidado do mesmo e outros possíveis desafios que possam causar constrangimento ao se expor. Ciente de que a pesquisa possui algum risco, a pesquisadora responsável estará atenta aos sinais emocionais dos participantes da pesquisa e compromete-se a não prosseguir com a entrevista.

Outro aspecto a considerar é a possibilidade da quebra de sigilo ainda que involuntário e não intencional. É importante destacar que sua participação é voluntária e a recusa em participar da entrevista não acarreta qualquer penalidade ou perda de nenhuma natureza. No que se refere à indenização, é de direito do/a participante a indenização quando existir a situação para tal. Não haverá qualquer tipo de indenização a você por desistir da entrevista antes mesmo dela se iniciar. Caso você comece a responder as perguntas e depois se sentir desconfortável ou em situação de risco, a indenização será paga quando comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Ressalta-se que as pesquisadoras se comprometem, formalmente com possíveis indenizações, por eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em nenhum momento a pesquisadora irá proibir o acesso à indenização. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Caso por algum motivo haja a quebra do sigilo e privacidade será garantida indenização aos participantes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Com relação à forma de ressarcimento, esclarecemos que não haverá qualquer tipo de despesas por parte dos participantes de pesquisa e dela decorrentes, até porque a entrevista com os profissionais será realizada na instituição onde os mesmo trabalham. Caso haja despesas previstas ou não, serão pagas com os recursos da própria pesquisa.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC, e que não se fará referência à identidade dos participantes no trabalho. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a seguir e cumprir com todas as determinações da Resolução CNS 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Reafirmamos que os dados serão compilados em um Trabalho de Conclusão de Curso - TCC e que as informações não serão divulgadas de modo a identificar sua participação.

Você receberá uma via deste termo, que foram emitidas em duas (02) vias, rubricadas e assinadas pela pesquisadora responsável, por você e/ou por seu representante legal ou pela (s) pessoa (s) por você delegada (s). Em ambas as vias constam o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Guarde cuidadosamente sua via, pois é um documento com poder jurídico que traz importantes informações de contato e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida(s) em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com responsável principal: Grenia Sene Campos Gonçalves, Telefone: (048) 99963-3538. Também poderá entrar em contato com a orientadora: Prof. Dra. Liliâne Moser, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 99619-7797. Segue também o endereço do CEP- Prédio Reitoria 2 (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222- Sala 401. Trindade- Florianópolis. CEP: 88040- 400. Contato: 48 3721 6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual você terá uma via. Agradeço por sua atenção.

CONSENTIMENTO

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura da Pesquisadora	Data
------	----------------------------	------

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Cidade: _____

Filhos: () Sim () Não Quantos: _____

Parentesco com o portador de transtorno mental: _____

QUESTÕES:

1. Quando a doença teve início, e como a família percebeu?
2. Como era o relacionamento familiar com esse sujeito/usuário antes de sua internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?
3. Quais os principais problemas enfrentados pela família ao cuidar do paciente/usuário antes de sua internação?
4. Qual a expectativa dos familiares após a alta?
5. A família recebeu algum tipo de orientação?