

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

DANIELLY LARICE MOREIRA FERREIRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS NO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS/SC**

Florianópolis
2018.2

DANIELLY LARICE MOREIRA FERREIRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS NO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS/SC**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis

2018.2

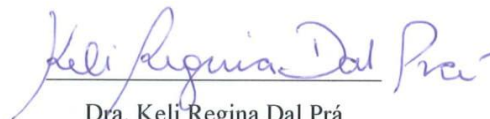
Danielly Larice Moreira Ferreira

**O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS NO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS/SC**

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

Florianópolis, 21 de novembro de 2018.

Banca Examinadora:



Dra. Keli Regina Dal Prá

Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC

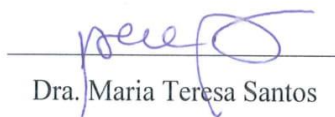
ORIENTADORA



Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento

Professor do Departamento de Serviço Social - UFSC

1º EXAMINADOR



Dra. Maria Teresa Santos

Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC

2º EXAMINADORA

Este trabalho é dedicado aos meus entes queridos, sejam eles meus queridos avós, pais, irmãs, amigos e amores.

AGRADECIMENTOS

Se eu pudesse definir o modo como estou saindo desta graduação, eu diria que estou saindo com o coração cheio, transbordando de gratidão. Vou te contar então o porquê disso...

Esta graduação simboliza 6 anos da minha vida, 6 anos que tive o privilégio de poder me orgulhar e continuar vivendo a parte que me cabe. Primeiramente, agradeço ao meu bom Deus, que me permitiu continuar escrevendo essa história, que após meu acidente que de fato, transformou a forma como compreendo a vida... pude entender que ela é tão breve e vale ser vivida com muitos sorrisos.

Ao pensar nos meus avós, Sebastião, Carmem, Marineuza e José, transbordo de amor e reconheço todo apoio que me foi dado, sejam em ligações telefônicas, abraços de um em um ano ou de uma graninha para ajudar no pagamento das contas.

Aos meus pais Dorinel e Patrícia, gratidão por tudo que vocês fizeram e fazem por mim, vocês são incríveis, admiro todo o esforço de vocês e sei que sem vocês, não seria possível concluir esta graduação... Muito obrigada minhas irmãs Gabrielly e Luana, vocês são pedras preciosas que carrego pela estrada da vida.

A UFSC me trouxe a oportunidade de conhecer bons e eternos amigos e professores. Tenho que agradecer o encontro com Maria Julia, minha irmã do coração que carrego muitas e boas lembranças após ter me incorporado em sua família; Camila Silva, você me ensinou um bocado de coisas sobre a vida em... gratidão; Juliana Assumpção e seu cuidado demorado; Gabrielli e sua doçura e preocupação; Adryane e seus conselhos profissionais, foi mais fácil aprender o Serviço Social do seu ladinho minha amiga; Amália e Grenia, as melhores companheiras de estágio.

Agradeço a todos os professores que muito me ensinaram, mas especialmente àqueles que me acompanharam mais de perto: obrigada por tudo que vocês, professoras Maria Teresa e Maria Regina, ensinaram-me nos dois anos de monitoria; bem como agradeço a tudo que aprendi junto de você professor Helder, foi um prazer estar contigo e com minhas amigas graduandas Silvana e Vanissi, no Grupo de Estudo e Pesquisa em Serviço Social (GEPSS); a minha primeira orientadora Liliane Moser que colaborou comigo para o encontro do tema deste trabalho, bem como agradeço a minha orientadora Keli que com toda sua alegria tornou este trabalho um pouco mais fácil de ser produzido, gratidão por todas as correções, você é excepcional.

A linda Florianópolis também me trouxe pessoas que gostaria de agradecer e que muito contribuíram para eu ter chegado até aqui, como é o caso do meu amigo Nalbert, meu mano fofo;

Miriam Irinéia, valeu por toda companhia e sermões; Leonardo Oliveira, gratidão por todo seu cuidado comigo; Rafaella Collazzi e os fins de semana de relaxamento. Tia Elizandra e Tio César, obrigada por tudo, por todo o acolhimento de vocês. Tenho muitos agradecimentos pela família Vanzella, vocês são demais e sou grata por ter estado com vocês neste tempo, o Trabalho de Conclusão de Curso ficou mais leve, ainda bem; gratidão pelo companheirismo Paulo, minha coisa linda.

A equipe multiprofissional do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis, sou grata por ter feito estágio com vocês e por ter aprendido junto ao trabalho prestado. Aos pacientes que me permitiram desenvolver o meu trabalho e crescer profissionalmente, com vocês aprendi que gente curada demais, é gente chata, gratidão.

A assistente Social Maria Eduarda Kalafatás de Amorim que me acompanhou em estágio não obrigatório, gratidão por ter me ensinado a ser uma profissional comprometida com a garantia de direitos dos usuários, sua doçura contribuiu muito com todo meu aprendizado.

Deixo aqui a sensação que todos devem ter... parece que estou esquecendo de agradecer alguém, mas você sabe, te agradecerei com um abraço por ter passado pela minha vida neste período de graduação, gratidão.

"Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas".

Nise Silveira

FERREIRA, Danielly Larice Moreira. **O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS/SC.** 2018. 86 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi elaborado a fim de se aproximar do trabalho do Serviço Social desenvolvido com grupos, partindo da realidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) em Florianópolis. Realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema da saúde mental e uma pesquisa de campo, a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais da instituição para análise do trabalho executado pelo Serviço Social com grupos, identificando as bases teórica de fundamentação e sistematização da prática profissional. A partir das entrevistas foi possível perceber que o grupo operativo e o Grupo de Apoio Familiar contribuem efetivamente para o tratamento dos usuários do HCTP, proporcionando: a construção da autonomia e o compromisso com os usuários e seu tratamento; o compartilhamento de experiências; o esclarecimento de dúvidas; o fortalecimento de vínculos; a explicação sobre os transtornos psiquiátricos; a ressocialização da pessoa com transtorno mental cometedoras de delitos; o esclarecimento de dúvidas; o incentivo para participação das atividades oferecidas pela instituição e a efetivação do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social.

Palavras-chave: Saúde Mental. Hospital de Custódia. Serviço Social. Grupos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAD	Centros de Atenção Diária
CAIS	Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CN	Certidões de Nascimento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centros de Orientação Juvenil
DEAP	Departamento de Administração Prisional
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
E1 – E7	Entrevistados 1 – 7
ECRO	Esquema Conceitual Referencial e Operativo
HTCP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPQ	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
LEP	Lei de Execução Penal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PAE	Programa de Acompanhamento ao Egresso
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RG	Registro Geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde
TCC Trabalho de Conclusão de Curso
UDESC Universidade do Estado de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	16
2.1 DO CONFINAMENTO DOS ‘ALIENADOS’ ATÉ A REFORMA PSIQUIÁTRICA: APONTAMENTOS HISTÓRICOS.....	16
2.2 APROXIMAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SUS.....	29
2.3 SERVIÇO SOCIAL POR DENTRO DA SAÚDE MENTAL.....	33
3 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS: UMA VIVÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM GRUPOS.....	41
3.1 O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO CATARINENSE.....	41
3.2 O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HCTP.....	47
3.2.1 Atividades do Serviço Social no Programa de Acompanhamento ao Interno.....	49
3.3 O TRABALHO REALIZADO PELO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS.....	53
3.4 O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO REALIZADO POR MEIO DE GRUPOS NO HCTP.....	58
3.4.1 O Grupo Operativo e a aproximação com os usuários.....	61
3.4.2 Acolhimento da família através do Grupo de Apoio Familiar.....	65
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada	85
APÊNDICE 2 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi elaborado com base em revisão bibliográfica em torno da saúde mental, desde a historicidade do que conhecemos por “loucura” até como esta tem sido abordada nos dias atuais, focando-se nas políticas públicas da saúde mental e no trabalho do assistente social desenvolvido nesta área, especificamente no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis (HCTP), sendo o tema de pesquisa o trabalho com grupos desenvolvido pelo Serviço Social neste HCTP.

O interesse pelo tema surgiu após a aproximação com a instituição e a realização do estágio obrigatório em Serviço Social ocorrido desde março de 2017 até julho de 2018, após observação dos resultados positivos que o trabalho com grupo oferecia para o tratamento dos usuários e para a própria instituição.

Em meio a tantas atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social neste espaço, despertou-nos interesse à reflexão em torno do trabalho realizado com grupos, em especial a experiência do Grupo Operativo e do Grupo de Apoio Familiar. Estes grupos possibilitam identificar demandas dos usuários atendidos, neste caso, os pacientes do HCTP e seus familiares, proporcionando espaço de debates e informações a respeito de seus direitos sociais, civis e políticos.

O presente TCC tem como objetivo geral analisar o trabalho realizado pelo assistente social com grupos no HCTP, identificando suas bases teóricas de fundamentação, para contribuir com a sistematização desta prática profissional. Como objetivos específicos têm-se: caracterizar as dinâmicas de funcionamento dos grupos desenvolvidos pelo Serviço Social e suas bases de fundamentação; compreender historicamente o trabalho com grupos realizado pelo Serviço Social e identificar as contribuições e repercussões do trabalho com grupos para o HCTP.

Na primeira seção apresentamos o campo da saúde mental, sobre o tratamento histórico da pessoa com transtorno mental, até os tempos atuais, as políticas públicas que os envolvem e a inserção do assistente social neste campo. Na segunda seção, realizamos a apresentação da instituição HCTP em Florianópolis, as atividades desenvolvidas junto aos pacientes, focando nas atividades desenvolvidas pelo Serviço Social. Discutimos sobre o trabalho em grupo que é desenvolvido pela profissão no decorrer da história e apresentamos os trabalhos com grupos na instituição.

Sobre a natureza da pesquisa, o primeiro momento foi o levantamento bibliográfico realizado através de pesquisa qualitativa na área da saúde mental, pesquisa esta que preocupa-

se “[...] com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social [...]” (MINAYO, 2016, p. 20). Já no segundo momento da pesquisa, utilizou-se da pesquisa quantitativa em que utilizou-se de 7 entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais do HCTP para retratar a realidade do trabalho com grupos desenvolvido pelo Serviço Social na instituição.

Em primeiro momento, fora realizada uma revisão bibliográfica através de pesquisa qualitativa em torno dos temas: saúde mental e trabalho do Serviço Social na área da saúde mental. Em segundo momento e complementar à revisão bibliográfica, utilizamos da pesquisa quantitativa para realização da pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas com 07 profissionais da equipe multiprofissional do HCTP, realizadas entre os meses de junho e julho de 2018, para aproximação dos grupos realizados e de suas contribuições para a instituição. Visando o sigilo da identidade dos entrevistados os denominou de Entrevistados 1 a 7 (E1 – E7). Todos os entrevistados forneceram autorização para o uso das informações prestadas. A classificação da pesquisa é a exploratória, como Gil (2008) coloca, essa pesquisa proporciona maior familiaridade com o problema, envolvendo levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que acompanham a dinâmica institucional. A pesquisa envolveu a modalidade de pesquisa bibliográfica e de estudo de casos, representados aqui pelas entrevistas semiestruturadas realizadas.

Quando nos aproximamos do campo de atuação do Serviço Social, percebemos a necessidade dos profissionais em conhecer amplamente as diversas áreas de inserção. A área que privilegiamos neste trabalho, é o campo da saúde mental, que engloba desde a saúde, a assistência social e passa também pelo campo sociojurídico, possibilitando “circunscrever o processo de investigação ao trabalho do assistente social” (ALMEIDA, 2006, p.3).

Como acompanhamento realizado do trabalho do Serviço Social na saúde mental, foi possível identificar o assistente social

Como agente político no interior da própria equipe de saúde mental, pois é identificado como um profissional que faz circular as informações entre os diferentes membros da equipe; questiona o cotidiano institucional fazendo com que a equipe funcione e acione seu potencial em prol das necessidades dos usuários e do serviço (ROSA; MELO, 2009, p. 90).

Pode-se identificar que os grupos colaboram para a efetivação do trabalho prestado pelo Serviço Social na instituição, permitindo também através dos grupos que o Assistente Social construa junto aos usuários relações fundadas nos princípios fundamentais orientadores da

profissão, tais como a liberdade, a autonomia, o conhecimento sobre os direitos, a eliminação de preconceitos, etc. (BRASIL, [2011]).

Este trabalho preocupa-se em desenvolver mais uma referência bibliográfica em torno do trabalho do Serviço Social, da dimensão técnica-operativa do seu trabalho, tendo o foco sobre o instrumento de trabalho que o grupo é, afinal não há muitas referências nesta área e como afirmado por Moreira (2017, p. 160), é preciso atualmente “analisar uma técnica pouco estudada e muito difundida entre assistentes sociais quando estão atuando com grupos de usuários, requer, necessariamente, um profundo investimento sobre o instrumento ‘grupo’”.

2. O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Para compreensão do tratamento da saúde mental das pessoas com transtorno mental, recorreremos a historicidade, pois precisamos compreender que a forma como são tratadas estas pessoas, “não se dão no vazio: eles têm relação com a história, com o passado, com relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas ao longo de um processo mais longo” (SOUZA, 1984, p. 14). Deste modo, contextualizamos desde o tratamento ao longo da história das pessoas com transtorno mental, as formas como eram enclausuradas, tratadas até as reformulações de tratamento atuais em que englobam novos serviços para a saúde mental, bem como a inserção de uma equipe multiprofissional, o qual iremos focar na inserção do assistente social.

2.1 DO CONFINAMENTO DOS ‘ALIENADOS’ ATÉ A REFORMA PSIQUIÁTRICA: APONTAMENTOS HISTÓRICOS

Ao longo da história as pessoas com transtornos mentais existiram, sendo elas marginalizadas, comumente recolhidas em hospitais, prisões, como também sendo alvo de laborterapias (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Diversas foram as respostas dadas para a loucura, desde castigo feito pelos deuses, experiências trágicas que aconteciam na vida, possessão por demônios, aqueles que eram endeusados, que tinham poderes sobrenaturais, que eram um erro ou mesmo verdade (AMARANTE, 2007; BISNETO, 2007).

O modo como eram tratadas essas pessoas fora do padrão “normal” da civilização, denominados inicialmente por “loucos”, “malucos” ou “alienados”, “cada época histórica e cada sociedade criam seu procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura” (ROSA, 2003, p. 39). Por isso, mais adiante apontaremos aspectos como a loucura fora tratada na civilização ocidental, tanto na Idade Moderna, em que a loucura foi considerada como “uma falta de razão”, bem como na Idade Contemporânea em que a Psiquiatria já aponta a noção de doença mental e começa a ser abordada pelo discurso da Medicina (BISNETO, 2007).

Os hospitais, palavra vinda do latim que significa hospedagem, foram criados no início da Idade Média (476 d.C. – 1453) como uma instituição de caridade para oferecer cuidados básicos como alimentação, abrigo e assistência religiosa para os miseráveis, mendigos e doentes (AMARANTE, 2007).

Depois de muitas e longas mudanças, como Amarante (2007) sinaliza, o hospital torna-se uma instituição médica, não sendo mais exclusivamente filantrópica. No ano de 1656, já na Idade Moderna, foi criado pelo Rei de França o Hospital Geral que para o filósofo Michel

Foucault foi fundamental por definir um novo lugar para o louco e para a loucura na civilização ocidental (AMARANTE, 2007). Aquilo que conhecemos nos tempos atuais por estudos dos “transtornos mentais”, foi denominado na Idade Moderna como a ciência do “alienismo” definida por Philippe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, pois “[...] fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos [...]” (AMARANTE, 2007, p. 30).

No começo da Idade Contemporânea, período iniciado em 1789 com a Revolução Francesa que se estende até os dias atuais, os hospitais de caridade passam a assumir mudanças e ter funções sociais e políticas através de muitos médicos que buscaram adequar essas instituições ao espírito moderno, que se transformaram em instituições médicas que passaram a ter como finalidade o tratamento de enfermos, transformando-se assim em lugares também para a realização de pesquisas sobre as doenças e os doentes (AMARANTE, 2007). No ano de 1793, Pinel começou a dirigir o Hospital de Bicêtre, que era uma unidade do Hospital Geral, definindo que a metodologia do cuidado, passa a “[...] propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’” (AMARANTE, 2007, p. 29).

Considerando o isolamento como tratamento dos alienados, Pinel usava o termo alienação mental, pois alienado é alguém que está “de fora”, e considerando que alguém está fora de si, podendo perder “[...] a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’” (AMARANTE, 2007, p. 31). Era preciso afastar, institucionalizar e hospitalizar o alienado dos ambientes que poderiam atrapalhar o entendimento do seu diagnóstico e para um tratamento moral, era preciso disciplina para que a pessoa tratada encontrasse “[...] seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos” (AMARANTE, 2007, p. 31).

No Brasil, como Fonte (2013) expõe, a loucura passa a ser objeto de intervenção a partir do início do século XIX na Idade Contemporânea, quando a Família Real chega ao Brasil, antes disso, ela foi ignorada por aproximadamente 300 anos. Por conta do comportamento dos tidos como loucos e o estigma enfrentado por estes, Passos (2009, p. 104) menciona que esses sujeitos eram tidos como a sobra da sociedade e ameaça para a ordem pública, em que tiveram como destino hospitalar “os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado”.

Desde 1830, surgem os protestos médicos iniciais contra a situação dos loucos que estavam no Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, inicia-se a proposição de criação de um hospício para alienados, pois “[...] tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura” (MACHADO, et al., 1978, p. 423), por isso também

no mesmo ano é criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro tendo como palavra de ordem “aos loucos o hospício” (MACHADO, et al., 1978, p. 376). Os médicos já criticavam a conjuntura dos loucos nas ruas e no Hospital da Santa Casa, pois eram tidos como perigosos, injustiçados, como criminosos e vítimas indefesas. Para o médico psiquiatra “[...] o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício. A loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (MACHADO, et al., 1978, p. 379).

Em 1841, Dom Pedro II ordena que no Rio de Janeiro se crie um hospício para o tratamento dos “alienados” (MACHADO, et al., 1978). A criação do Hospício, portanto, torna-se um marco do nascimento da psiquiatria brasileira. Como Fonte (2013) aponta, em 1852 é fundado então no Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, chamado “Hospício Dom Pedro II”. Tão marcante a criação desta instituição, que podemos encontrar na obra brasileira “O Alienista” de Machado de Assis publicado em 1882, uma analogia à história real de criação do Hospício de Pedro II, instituição com grande semelhança aos hospícios da França (AMARANTE, 2007).

Como Oliveira (2006) aponta, as criações dos hospícios começaram a acontecer para acompanhar o crescimento e a urbanização das cidades, também para recolher os desviantes que estavam nas ruas, podendo ser estes mendigos, órfãos, loucos, entre outros. A loucura nas ruas passa a ser um medo da população, porque “O louco faz seu aparecimento como um perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança. [...] Liberdade e loucura são antônimos” (MACHADO, et al., 1978, p. 377).

Em 1890, período posterior à proclamação da república brasileira, a saúde mental passa da psiquiatria empírica, para a psiquiatria científica, sendo este Hospício desvinculado da Santa Casa e passa a ser subordinado a administração pública, começando a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados (RESENDE, 2007). Neste período, a loucura começa a ser medicalizada de forma gradativa nos hospícios e o tratamento mais eficaz para o louco, ainda era tido como o isolamento (FONTE, 2013).

Podemos compreender assim que no Brasil desde o início, o transtorno mental foi tratado como loucura, como uma doença mental que exige a propagação de instituições asilares destinadas para os alienados (FONTE, 2013). Os atendimentos hospitalares concentravam-se nos centros com maior desenvolvimento econômico do país, ficando grandes regiões sem a assistência de saúde mental necessária (FERREIRA; ARAÚJO, 2015).

Como é dificultoso apontar todos os elementos históricos de uma política específica, neste caso o da saúde mental, recorreremos ao apontamento de algumas legislações relevantes para o período.

Em 1890, foi criada a Assistência Médica Legal a Alienados. No governo Getúlio Vargas surgiu o Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, assistência à proteção à pessoa dos psicopatas, sendo que a primeira lei somente foi instituída em 1903, pelo Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 13).

O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, foi responsável pela instalação da instituição que impulsionou tal trabalho, foi determinado e organizado para dar assistência aos alienados do Brasil através da

[...] obrigatoriedade de construção de **manicômios judiciais** em cada estado, ou, na sua impossibilidade imediata, na circunscrição de pavilhões especialmente **destinados aos loucos criminosos** nos hospícios públicos existentes (CARRARA, 2010, p. 26, grifo nosso).

Este decreto é importante, pois aponta para o contexto institucional e para os usuários que focaremos neste trabalho, sendo eles respectivamente, os antigos Manicômios Judiciais e os “loucos criminosos”, compreendendo ser o Manicômio Judicial “um hospital especializado para doentes mentais criminosos e pessoas à disposição da Justiça, em fase de julgamento” (SÁ, 1985, p. 389), bem como nos dias atuais denominados os usuários e então pacientes destas instituições como pessoas com transtorno mental que cometeram delitos. Pessoas essas que

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

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorrida entre 1939 e 1945, Amarante (2007) afirma que a sociedade passa a avistar as condições de vida dos internados nos hospícios, concluindo que a realidade não estava muito longe das vivências tidas nos campos de concentração em que era ausente a dignidade humana. É neste período, portanto, que nascem as primeiras tentativas de reformas psiquiátricas, com o fim de torná-los terapêuticos e eficazes para os internos (VASCONCELOS, 2000; AMARANTE, 2007).

Em 1961, Erving Goffman lança uma significativa referência bibliográfica - denominada “Manicômios, prisões e conventos” - para compreensão da necessidade de reformas nas instituições psiquiátricas de caráter asilar, podendo igualmente serem chamadas de instituições fechadas. Nesta obra o autor expõe a dinâmica de funcionamento institucional, analisa que as instituições psiquiátricas têm caráter de instituição total, em que todos os aspectos da vida são postos no mesmo local, sendo os sujeitos obrigados a fazerem as atividades em conjunto, sendo estas estabelecidas de forma rigorosa em horários determinados pela equipe de

supervisão. Goffman (1961) expõe, portanto, o funcionamento das instituições e aponta críticas, afinal nestas há a mortificação do eu entre os internados, onde estes são separados do seu mundo externo, acabam esquecendo suas subjetividades, também perdem sua aparência usual, são levados a castigos ou privilégios quando desobedecem ou obedecem às regras da casa, entre outros apontamentos.

Conforme o desenrolar do tratamento desses sujeitos ao longo da história, fora proposto por alguns setores da sociedade mudanças as quais iremos expor adiante. O contexto geral de como foi o tratamento das pessoas com transtorno mental no decorrer da história ocorreu de forma que

O tratamento oferecido aos ditos ‘loucos’ teve como único recurso o hospital psiquiátrico. Este foi um lugar de violência, morte, silenciamento, humilhação, segregação, desrespeito aos direitos humanos e exclusão social, correlatos diretos de um modelo que concebe o sofrimento mental como pura negatividade subjetiva e civil (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2102).

Quando o velho molde da psiquiatria é questionado e reformulado, esse torna-se o momento de atenção para tal fato, afinal, os tempos atuais seguem e buscam aperfeiçoar essa proposta de reformulação da psiquiatria. A antipsiquiatria nasce na Inglaterra no fim dos anos 1950, tendo maior repercussão na década de 1960, momento o qual esta associa-se “[...] aos movimentos contestatórios e anti-institucionais que abalaram a Europa Ocidental na década de 60 [...]” (AMARANTE, 2007, p. 53).

Então na década de 1960 já atua um sujeito de grande influência para a reforma psiquiátrica brasileira, Franco Basaglia, psiquiatra, propõe a noção ampliada e atual de desinstitucionalização, movimento consolidado na década de 1970 na Itália, que tem como foco a desconstrução dos paradigmas manicomiais que eram normalizadores de comportamento e concretizavam a segregação social, sugerindo o estabelecimento de novos modos para inserção na sociedade e hábitos no dia a dia dos usuários (MOUTINHO, 2013). As mudanças do movimento de desinstitucionalização e da luta antimanicomial que Moutinho (2013, p. 36-37) nos relata, têm como “[...] finalidade promover a cidadania dos usuários por meio da reconstrução de novos paradigmas sobre o cuidado em saúde mental”. São iniciadas as propostas de Basaglia após sua primeira visita ao Hospital de Trieste, que segundo o coordenador da saúde mental de Trieste/Itália, Giuseppe Dell’Acqua, “Sua impressão foi o de estar estrando em uma prisão, ou melhor, em um campo de concentração” (AMARANTE, 2007, p. 55).

Nos anos 1970, Basaglia iniciou seu trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste na Itália, considerando que a psiquiatria colocava o sujeito entre parênteses e se focava na doença. O

psiquiatra propôs um tratamento humanizado, que fizesse o inverso, colocando a doença em parênteses e tendo o foco nos indivíduos, compreendendo sobre seus problemas cotidianos, suas relações com família e trabalho, seus projetos de vida, logo, propôs tratar o campo da saúde mental e a atenção psicossocial em sua integralidade (AMARANTE, 2007; FEITOSA; ROSA, 2008 apud BREDOW; DRAVANZ, 2010).

Nos anos 1970 no Brasil, segundo Rocha (2012), os doentes mentais deixam de ser tratados pela psiquiatria clássica, em que os sujeitos eram isolados da comunidade e passavam por tratamentos violentos focados na doença e não nos sujeitos. Nessa década começa, portanto, o Movimento que visa a reforma psiquiátrica que propõe a modificação da conjuntura da saúde mental marcada por: “a) medidas hospitalocêntricas, que superlotavam os manicômios e estimulavam a indústria hospitalar da loucura; b) mercantilização do sofrimento mental; c) modelo curativo; d) tratamentos tortuosos e desumanos; e) enclausuramento da loucura” (ROCHA, 2012, p. 16).

A reforma psiquiátrica brasileira parte da crise do modelo manicomial, apoiando-se sobre as problemáticas dessa psiquiatria que fora evidenciada em denúncias e reivindicações tanto dos trabalhadores da área da saúde mental quanto da sociedade, para ser influenciada pelas propostas de Basaglia na psiquiatria democrática italiana (LIMA, 2014; MOUTINHO, 2013). Esta reforma é centrada na proposta de substituir radicalmente os hospitais por serviços abertos e comunitários, assistindo os usuários desde suas crises agudas, nas suas demandas psicológicas, até nas necessidades mais amplas (VASCONCELOS, 2000).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica inicia conjuntamente com as lutas do Movimento da Reforma Sanitária para alterar o modelo de saúde vigente à época denominado Modelo Médico Assistencial Privatista. Segundo Mendes (1995) a partir da década de 1970, tomam força as ideias da reforma sanitária que traz consigo três enfoques indispensáveis, sendo eles: a) o entendimento de saúde consistindo enquanto direito de cidadania de todos e um dever que o Estado deve suprir; b) a proposição de uma reorganização do Sistema Nacional de Saúde com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular” (MENDES, 1995, p. 43); e c) a adoção do conceito ampliado de saúde em que esta

[...] Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das

formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987 apud MENDES, 1995, p. 42-43).

Neste período dos anos 1970, as elaborações e implementações de ações e programas em torno da saúde mental no Brasil, eram responsabilidade da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) (AMARANTE, 2013 apud LIMA, 2014). Com a crise da Dinsam, profissionais, membros da sociedade, familiares de pacientes e participantes do Movimento Sanitário que já visava a reforma sanitária brasileira, passam a fazer denúncias das práticas ligadas ao modelo hospitalocêntrico, passando estes atores a comporem o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (LIMA, 2014). Iniciando-se em 1978, portanto, a história da reforma psiquiátrica no Brasil, com o surgimento de vários movimentos, destacando o MTSM (VASCONCELOS, 2000).

Adentrando a década de 1980, é promulgada umas das legislações que contribuirão para nossa compreensão mais precisa sobre o tratamento da saúde mental no Brasil, que é a Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984, a qual institui a Lei de Execução Penal (LEP), sendo esta que trata dos direitos das pessoas condenadas ou internadas, aquelas pessoas que podem ser internadas através de mandato judiciário em caso da prática de atos ilícitos em razão da doença mental que são acometidos (BRASIL, 1984). É possível identificar a saúde mental nesta lei através das determinações postas por meio de algumas palavras-chaves como: doença mental; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que são as instituições denominadas anteriormente da LEP, por Manicômio Judiciário para o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos; cessação de periculosidade - termo utilizado para quando as condições médicas e psicossociais dos usuários que estão sob medida de segurança já estão sanados e estes podem ser reinseridos na sociedade -; e por fim, medida de segurança é

A sanção jurídico-penal imposta ao agente que infringe uma norma penal e que, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, é considerado incapaz (ou relativamente incapaz) de entender o caráter ilícito do fato ou de se comportar conforme esse entendimento (LEBRE, 2012, p. 273).

Mais adiante, dos anos 1970 até os anos de 1980, há a ampliação dos movimentos sociais em torno da área da saúde, incluindo, a saúde mental, em que os envolvidos passam a requerer a democratização da saúde. O conjunto das mudanças requeridas pela reforma sanitária foi sistematizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) presidida por Sergio Arouca, em 1986 (PAIM, 2012). É importante fazer a exposição da reforma sanitária e de seus entornos,

pois esta gera diversas mudanças jurídicas, operacionais e institucionais, influenciando em geral a política de saúde do país (MENDES, 1995).

A 8ª CNS cujo tema central era “Democracia é Saúde”, foi um momento de discussão sobre a realidade de saúde do Brasil com a sociedade civil brasileira organizada (AROUCA, 1987). Se constituiu num espaço de discussão sobre alguns temas fundamentais: o conceito de saúde e este como direito, a reformulação do Sistema de Saúde e o financiamento do setor. Para perceber a dimensão desta conferência para o território brasileiro e a valia do conceito ampliado de saúde, o qual consideramos na construção deste trabalho, é necessário compreender que saúde não é só a ausência de doença,

[...] é mais, é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] (AROUCA, 1987, p. 36).

Como desdobramento da 8ª CNS, segundo Amarante (2008), foram propostas discussões por temas específicos através de conferências, assim, entre o dia 25 e o dia 28 de junho de 1987, aconteceu no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em que foram discutidos temas como: a reforma sanitária brasileira, a doença mental e a legislação da saúde mental, economia e saúde mental, entre outros. Este foi um evento importante, pois teve a presença de atores que estão envolvidos na área da saúde mental, sendo os familiares, membros de movimentos sociais, políticos, os usuários, conhecidos também por pacientes, mas que com a 8ª CNS determinou-se que a expressão ‘paciente’ carregava uma conotação desfavorável e que por isso, os beneficiados pelo SUS, seriam denominados de usuários (AMARANTE, 2007; AMARANTE, 2008), termo também utilizado neste trabalho no contexto de menção das pessoas com transtornos mentais.

Também no ano de 1987, aconteceu em Bauru/SP o evento impulsionador da reforma psiquiátrica que foi o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Evento relevante, pois através deste, surge o lema que move a reforma psiquiátrica: “Por uma sociedade sem manicômios”, como também é instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2008). Neste ano cria-se o primeiro serviço de atenção psicossocial brasileiro fora da lógica manicomial no Estado de São Paulo, onde foi aberto o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, desde então o

CAPS passa a ser referência junto às políticas de saúde mental e tornou-se o campo estratégico para instauração da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2008). Como coloca Delgado et al. (2007, p. 41), no final da década de 1980, surgiram os primeiros CAPS e alguns manicômios foram fechados, começando “[...] um embate epistemológico, político e técnico em prol de “uma sociedade sem manicômios”.

Em 1988 a Constituição Federal Brasileira é reformulada e denominada por Constituição Cidadã, como Bisneto (2007) expõe, esta constituição apresenta avanços democráticos para a sociedade brasileira, tanto com a criação do SUS, quanto a Reforma Sanitária Brasileira como um resultado. A área da saúde na Constituição Federal de 1988 aborda alguns aspectos relevantes como:

- a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade;
- e) A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social (MENDES, 1995, p.47).

Já compreendendo os avanços que estavam sendo propostos na área da saúde, no ano de 1989 é dada a entrada no Congresso de um Projeto de Lei feita pelo deputado federal Paulo Delgado, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT) do Estado de Minas Gerais, este fez a proposição da extinção e então substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos diferenciados, bem como para regularizar os direitos das pessoas com transtornos mentais (BISNETO, 2007; DELGADO et al, 2007). Quando nos aproximamos desse projeto de lei, podemos concluir que este traz consigo a proposta da reforma psiquiátrica, que foi influenciada pelas reformas psiquiátricas ocorridas na Itália e propostas por Basaglia.

A proposta de lei para reforma feita pelo Governo Federal conforme Barroso e Silva (2011, p. 67), veio propor “[...] prevenção, promoção, recuperação e ressocialização de pessoas com transtornos psiquiátricos”. Apesar de aprovada, continuou-se o movimento de privatização das instituições psiquiátricas e mudanças precárias ocorreram (BARROSO; SILVA, 2011).

A década de 1990 inicia com propostas para avançar na área da saúde e, por conseguinte na saúde mental, como Noronha et al. (2008, p.435) sinaliza, o SUS é implantado e expandido com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) “(lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990)”. A Lei n. 8.080 “dispõe sobre as condições para

a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). Nesta Lei é abordado os principais mandantes da Constituição Cidadã, como mencionado por Mendes (1995), ela aborda o entendimento amplo de saúde, a disposição do SUS de forma universal e integral, bem como o direito à informação, a participação da comunidade em âmbito político-administrativo, entre outros. Ainda nesta lei, portanto, a saúde mental é abordada no sentido geral, quando no Título I, das Disposições Gerais, é colocado que

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social** (BRASIL, 1990a, grifo nosso).

Os avanços na regulamentação da política de saúde prosseguem com a determinação da Lei n. 8.142 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). Esta lei é promulgada para concretização do regimento do SUS, logo, para efetivar a participação comunitária. Noronha et al. (2008) explica que com a lei é preconizada duas instâncias colegiadas que são as conferências e os conselhos de saúde.

A existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três ideias principais: 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa **o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa)**; 2) o esforço de **construção de uma gestão participativa**, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de **propiciar um círculo virtuoso entra a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde**, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) (NORONHA, et al. 2008, p. 451-452 - grifo nosso).

As modificações e avanços realizados na saúde e na saúde mental ocorreram não só no âmbito social, mas também nos âmbitos políticos e econômicos, por isso é importante aproximarmos-nos também de que no início dos anos 1990, segundo Mendes (1995) a sociedade brasileira passa por uma forte crise econômica e política, crise esta que se desenvolve na área sanitária e que esbarra em dois projetos, sendo eles, um neoliberal, tido como hegemônico e o já iniciado, de reforma sanitária.

O projeto neoliberal de saúde traz sérias questões para a área da saúde mental. O projeto neoliberal disponibiliza, como explicado por Bisneto (2007), recursos mínimos para as políticas sociais, o que acaba colaborando para o desmonte destas. A sociedade então é deixada para viver sob as leis do mercado tidas como naturais, em que sobrevive o mais forte. Também com as ditas políticas permeadas pelo neoliberalismo, há a desvalorização do trabalho humano, a falta de solidariedade com os excluídos, e que por isso, o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem sofrido contratempos para executar as modificações pretendidas, uma vez que se tem diminuído o investimento público para a área da saúde mental, não havendo o contrato de novos profissionais, não criando serviços alternativos e destinando a verba para o terceiro setor filantrópico (BISNETO, 2007).

Vindos já da década de 1980 e adentrando a década de 1990, as políticas sociais são postas num contexto de avanço neoliberal, o que induz as novas respostas Estatais dadas a questão social (YAZBEK, 2009). Podemos compreender dentre as expressões da questão social, o conjunto dos enfrentamentos tidos nas repúblicas no período brasileiro, que foram

As lutas operárias e camponesas, as reivindicações do movimento negro, o problema indígena, a luta pela terra, a liberdade sindical, o direito de greve, as garantias do emprego, o salário desemprego, o acesso à saúde, educação, alimentação e habitação. Esses e outros itens aparecem em diversos momentos dessa história. Uma história que se sintetiza nas seguintes palavras: questão social, problema de polícia ou problema político (IANNI, 1991, p. 10).

A saúde mental está posta dentre as refrações da questão social, pois os problemas sociais acometem problemas mentais e no sentido inverso, pode-se concluir que os problemas mentais também fazem com que os indivíduos enfrentem problemas sociais graves, problemas estes encontrados nas materializações da questão social (BISNETO, 2007).

Retornando para o período da década de 1990, o Brasil é assinante da Declaração de Caracas, documento considerado como um dos mais importantes norteadores e que reestrutura as políticas públicas da saúde mental no país, pois esta estabeleceu as diretrizes da saúde mental brasileira, focando-se na comunidade, utilizando-se dos recursos, cuidados e tratamento para preservar as pessoas com transtornos mentais, assegurar seus direitos civis e humanos para que estes permaneçam em seu meio comunitário (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004 apud FONTE, 2013).

Começa-se no início dos anos 1990, conforme relata Bisneto (2007), a emergir conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica com o aumento do número de serviços psiquiátricos alternativos para fazer atendimentos não-manicomiais. No Sudeste do Brasil, vários serviços alternativos foram instalados, sendo eles:

[...] Centros de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); hospital-dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência; moradia assistida, dentre outros (BISNETO, 2007, p. 37).

No ano de 1992 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que para Vasconcelos (2000) foi considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” (p. 26), pois nesta foi promulgada um dos serviços propostos para o avanço da reforma psiquiátrica, que como Amarante (2008) expõe, é importante a existência de lares abrigados para usuários com longas internações, sendo este serviço introduzido no ano de 2000. Os serviços residenciais terapêuticos que também neste ano passam a ser regulamentados e financiados pelo SUS, através da Portaria n. 1.220/2000.

Outro acontecimento para a área é que em 1993, ocorre a mudança da denominação do MTSM por conta do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, passando a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Movimento que existe até os dias atuais, não sendo o único, mas o mais importante e “[...] abrangente ator social no processo da reforma psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 2008, p. 742).

Indo adiante nos avanços na saúde mental, temos na entrada dos anos 2000 a promulgação da Lei n. 10.216 em 6 de abril de 2001 denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Foi influenciada pelo movimento da luta antimanicomial italiano que fora liderado pelo já mencionado, Franco Basaglia (PRADO; SCHINDLER, 2017). Também conhecida por Lei Paulo Delgado, propõe a troca do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de atendimento comunitário, que é “[...] baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados” (ANDREOLI, 2007 apud BARROSO; SILVA, 2011, p. 67).

A Lei da Reforma Psiquiátrica tem como foco as instituições que realizam tratamento das pessoas com transtornos psiquiátricos, sejam elas “[...] as organizações asilos, hospícios, manicômios, as instituições de psiquiatria, psicanálise, Psicologia, psicoterapia” (BISNETO, 2007, p. 181). As modificações propostas por esta Lei, no tratamento das pessoas com transtorno mental, passam a influenciar

[...] As decisões a serem tomadas pelo sistema de justiça, em congruência com os sistemas de saúde e de assistência social, podem considerar as seguintes possibilidades: trabalhar, em âmbito estadual, na reorientação do modelo de atenção, antes predominantemente custodial e hospitalocêntrico: o lugar de cuidado passa a ser a própria comunidade; promover a internação do paciente

judiciário como último recurso terapêutico e pelo menor tempo possível; proibir as internações em instituições asilares; criar serviços substitutivos ao hospital e garantir investimentos maiores na rede básica de saúde; criar políticas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social dos pacientes longamente internados; melhorar as políticas intersectoriais para a integralização do cuidado (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2104).

Prosseguindo com os avanços, em 2002 o Ministério da Saúde lança a Portaria n. 336 em que o CAPS é colocado como principal equipamento reformista para substituição do modelo hospitalocêntrico (ROSA; MELO, 2009). Em 31 de janeiro é lançada a Portaria n. 251/GM, instituindo o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), como relata Amarante (2008) quando sinaliza sobre o estabelecimento de recursos para colaborar junto a diminuição dos leitos psiquiátricos e para estruturação da rede SUS na saúde mental.

O Estado de Goiás, no dia 26 de outubro de 2006 institui o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), conveniado com as “[...] Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás” (PAILI, 2013, p. 5), este é um programa que podemos compreender como sendo o executor concreto da Lei da Reforma Psiquiátrica. O PAILI é conhecido por ser um modelo que acompanha os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal que foram submetidos à internação psiquiátrica ou tratamento ambulatorial. Com este programa foi possível abolir de forma definitiva o manicômio judiciário e supervisionar os tratamentos realizados tanto pelos CAPS, nos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, quanto nos serviços residenciais terapêuticos (o qual explicaremos adiante) (PAILI, 2013). As internações dos pacientes do Programa dão-se nos moldes do SUS conforme expõe PAILI (2013, p.27), evitam-se internações de longa duração, é trabalhado junto às famílias o restabelecimento de vínculos e o retorno dos pacientes (assim denominado pelo autor), para o lar, trabalho esse que é desenvolvido por uma equipe multiprofissional com “[...] advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, médicos psiquiatras e auxiliares administrativo [...]”.

Após a promulgação da Lei n. 10.216/2001, considerada como a mais importante para a área da saúde mental, esta passa a ser a norteadora do cuidado das pessoas com transtorno mental, o que possibilita a abertura para reformulação do seu tratamento. Como sinalizou Amarante (2008), o principal objetivo proposto pela reforma psiquiátrica é a modificação das relações da sociedade, dos sujeitos e das próprias instituições com a loucura, com o louco e com a própria doença mental, desejando-se que o estigma da loucura seja quebrado e que possa

se apresentar de forma diferente e positiva para a sociedade em nossa realidade. Com as proposições em torno da reforma psiquiátrica, segundo Scheffer e Silva (2014, p. 366) a saúde mental passa a ser alicerçada pelo SUS, tendo como princípios condutores a “[...] saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando o acesso universal na atenção em saúde mental com base em integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade, igualdade e no controle social”.

2.2 APROXIMAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SUS

Com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, visando a efetivação desta para assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental e para ter o redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental, são desenvolvidos serviços substitutivos à internação disponibilizados pela rede de serviços ofertados pelo SUS. Serviços estes que são reunidos e disponibilizados através da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Cruz e Ferreira (2014).

Vale sinalizar que alguns destes serviços, antes de seu agrupamento com a promulgação da RAPS, já tinham sido deferidos, por isso, iremos sinalizar sobre alguns dos serviços que podem se apresentar como sendo recente para a sociedade brasileira. Serviços estes importantes em razão da aproximação que tivemos no processo de estágio realizado em instituição judicial. Foi através da proposta da reforma psiquiátrica e da lei que instaura esta, que muitos hospitais psiquiátricos foram fechados (ROSA; LUSTOSA, 2012), por isso, passou-se a formular e a ter a oferta de serviços de caráter ambulatorial na área da saúde mental.

Nesse contexto de reforma e de concretização da RAPS, novos serviços são propostos e postos junto ao trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, bem como há a oferta de serviços em uma rede socioassistencial que demanda a promoção da cidadania tanto dos usuários, quanto de suas famílias (ROSA; MELO, 2009). Os serviços de saúde mental que passam a serem ofertados na maioria das cidades do Brasil, são prestados com a finalidade da desinstitucionalização de pacientes que estão asilados de forma crônica, ao tratamento de graves casos, pessoas em crises, entre outros casos (FERREIRA; ARAÚJO, 2015).

Conforme as propostas feitas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, vários saberes deveriam agir de forma compartilhada na execução das práticas de saúde mental, deveriam os saberes psicológicos, sociais, médicos, antropológicos, entre outros, atuarem juntos compreendendo a existência junto às relações sociais dadas no tratamento da pessoa com transtorno mental (BISNETO, 2007). A proposta do trabalho em equipe na saúde mental é um marco até os dias atuais, pois o tratamento já não é mais exclusivo ao psiquiatra, mas de uma equipe multiprofissional, em que enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passam a ter um novo protagonismo das políticas de saúde mental (AMARANTE, 2007), bem como outras profissões da saúde que são necessárias para o tratamento das pessoas com transtorno mental, como, por exemplo, os terapeutas ocupacionais.

O trabalho proposto e tido como eficiente para a área da saúde mental, com as novas reformulações, evidencia tanto o trabalho multiprofissional, como o trabalho da equipe interdisciplinar, pois como explica Moutinho (2013), no trabalho interdisciplinar há a transição dos saberes entre os profissionais para construção de um conhecimento que atinja a realidade, existe uma horizontalidade entre os conhecimentos de cada profissão, em que todas são vistas como sendo importantes e que podem oferecer contribuições efetivas para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Ao sinalizar a oferta dos serviços da RAPS, esta é organizada através dos componentes apresentados na Tabela a seguir.

Tabela 1 – Serviços da RAPS

Pontos de Atenção da RAPS	Dispositivos
I - Atenção Básica em Saúde;	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade Básica de Saúde •Equipe de Consultório na Rua •Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório •Centro de Convivência
II - Atenção Psicossocial Especializada;	<ul style="list-style-type: none"> •CAPS I •CAPS II •CAPS III •CAPS AD •CAPS AD III •CAPS i
III - Atenção de Urgência e Emergência;	<ul style="list-style-type: none"> •SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)192 •Sala de Estabilização •UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro •Unidades Básicas de Saúde, entre outros •Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade de Acolhimento com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas •Comunidade Terapêutica
V - Atenção Hospitalar;	<ul style="list-style-type: none"> •Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral •O Serviço Hospitalar de Referência
VI - Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> •Os Serviços Residenciais Terapêuticos
VII - Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> •É composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Brasil (2011).

Dentre os serviços apresentados na Tabela 1 são os CAPS, que passam a ser vistos como instrumentos de acompanhamento clínico e um serviço ambulatorial que não enclausuram os usuários, mas que oferece oferecendo trabalho, lazer, fortalecimento de vínculos (DELGADO et al. 2007), devendo ser um serviço substitutivo ao modelo asilar/fechado e não complementar (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Outro serviço da RAPS que permeia a aproximação com a instituição que proporcionou este trabalho, logo, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis/SC, são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Como sinaliza Amarante (2007, p. 89) sobre estes terem sido estabelecidos através da Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000 “[...] destinados aos internos em instituições psiquiátricas por um período de, no mínimo dois anos”. Os SRTs são compreendidos como um dos novos serviços da área da saúde mental. São

[...] equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem nas ruas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 1).

Através das políticas de saúde mental o governo brasileiro estabelece alguns objetivos, sendo estes importantes de serem mostrados, pois prosseguem avançando com a proposta de

a) reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; b) qualificar, expandir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); c) incluir as ações da saúde mental na atenção básica; [...]; e) fortalecer o programa ‘De Volta Para Casa’; [...]; g) promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado; h) garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); [...]. (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2102-2103).

Um dos meios para efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais disponíveis é o Programa criado pelo Ministério da Saúde que se chama “De Volta para Casa”¹, instituído através da Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, oferece mensalmente o auxílio de R\$ 412,00 por um ano, podendo ser renovado o benefício por mais um ano, caso não haja a total reintegração social do usuário egresso. Este Programa

Vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtorno mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 2).

Para reorientação dos serviços no âmbito da saúde mental, o sistema judiciário, junto aos sistemas de saúde e de assistência social, trabalha para modificação da atenção da saúde mental que fora de forma predominante custodial e hospitalocêntrica, atuando através dos serviços da RAPS para que

[...] o lugar de cuidado passa a ser a própria comunidade; promover a internação do paciente judiciário como último recurso terapêutico e pelo menor tempo possível; proibir as internações em instituições asilares; criar serviços substitutivos ao hospital e garantir investimentos maiores na rede básica de saúde; criar políticas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social dos pacientes longamente internados; melhorar as políticas intersetoriais para a integralização do cuidado (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2104).

Assim, é possível através da RAPS avançarmos e lutarmos pelas novas propostas feitas para a área da saúde mental. Bisneto (2007) mesmo afirma sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrer até os dias atuais, ainda que de forma diferente e mais avançado que nos seus primórdios, ainda é um movimento expressivo e importante para as conquistas na área da saúde mental em âmbito nacional.

2.3 SERVIÇO SOCIAL POR DENTRO DA SAÚDE MENTAL

¹ O Programa “De Volta para Casa” foi criado no Brasil no ano de 2003 para atender parte da população destituída de amparo social e dos benefícios estabelecidos por lei de bem-estar social e proteção trabalhista, atendendo as determinações da Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, bem como visa a redução progressiva dos leitos psiquiátricos. Este programa destina-se aqueles que já tiveram internação por dois anos ou mais em unidades hospitalares e que estejam realizando tratamento ambulatorial, tem o objetivo de realizar “[...] a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 1).

Neste item pretende-se uma aproximação com a atuação dos profissionais de Serviço Social na área da saúde mental. Com este objetivo, resgatamos os dados históricos que nos são pertinentes. O Serviço Social no campo psiquiátrico é iniciado nos Estados Unidos, após a inserção do Serviço Social nos hospitais, por volta de 1905. Em princípio a profissão teve como função colaborar para o reajuste do paciente à sua “vida normal”, depois os assistentes sociais passam a ter as funções de elaborar estudos do ambiente familiar e preparar a família para aceitar o doente e recebê-lo depois de sua alta (VIEIRA, 1985 apud BISNETO, 2007).

No Brasil conforme Estevão (1985, p.47) expõe, a gênese do Serviço Social está ligada ao processo de industrialização e concentração urbana que influenciaram a desenvoltura da questão social brasileira, onde houve “[...] a necessidade de formação técnica especializada para o laicato [...]”, categoria esta que dava respostas aos “problemas sociais”, e que então possibilita a fundação em 1936, da Escola de Serviço Social em São Paulo.

Em meio a atuação do Serviço Social na área da saúde mental, também é preciso apontar como operou-se a própria profissão desde sua gênese, momento este em que a categoria profissional utilizava-se da metodologia chamada de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade para atuar sobre as demandas que lhes eram apresentadas. Esta metodologia fragmentava o trabalho dos assistentes sociais, proporcionando métodos de como comportar-se em cada demanda. Estevão (1985), em sua obra “O que é o Serviço Social”, demonstra como foram essas propostas e intervenções profissionais.

Às demandas individuais levadas pelos clientes e atendidas pelos/as assistentes sociais chamava-se de Serviço Social de Casos Individuais; depois de algumas décadas “aparece um segundo tipo de método de atuação em Serviço Social: o Serviço Social de Grupo” (ESTEVÃO, 1985, p. 23), o qual iremos abordar com maior precisão a seguir; e o terceiro e último método, do Serviço Social de Comunidade.

A concepção de trabalho em grupos se desenvolveu para a ação intergrupos, isto é: há certo tipo de problemática social que necessita atuação de vários grupos, que, por terem objetivos comuns, devem se interligar. É a partir dessa necessidade que começa a se gestar a noção de Serviço Social de Comunidade (ESTEVÃO, 1985, p. 25).

Contrário ao modelo estadunidense na área psiquiátrica, no Brasil, historicamente os assistentes sociais estiveram integrados nas equipes de psiquiatria/saúde mental. Somente em meados anos 1940, como Vasconcelos (2000) expõe, após os primeiros assistentes sociais formados, estes foram inseridos nos hospitais psiquiátricos para prestar seus serviços na área da assistência social. De início como “porta de entrada” nesses hospitais fazendo “levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares

para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos [...]” (VASCONCELOS, 2000, p. 187).

As primeiras práticas dos assistentes sociais na área da saúde mental tinham cunho eugênico, no sentido de melhoria da raça humana, e de higiene mental (BISNETO, 2007). As primeiras práticas ocorreram em 1946, nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), que contribuíram para conformação do chamado “Serviço Social Clínico” (VASCONCELOS, 2000). Apesar desse registro, Bisneto (2007, p.21) ainda salienta que nos primeiros trinta anos de Serviço Social brasileiro, “não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 [...]”.

Em 1964 inicia-se o período ditatorial brasileiro, o que contribui para que o país passe por uma série de reformas na saúde e na previdência. Anteriormente a essas reformas, o número de clínicas psiquiátricas privadas era pequeno e não há registro sobre a contratação de assistentes sociais, o que após as reformas modificou-se, ocorrendo assim um aumento do número de hospícios que acabou por contribuir para a contratação de assistentes sociais na área da saúde mental (BISNETO, 2007). Em torno de 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) enfatiza o trabalho em equipe interprofissional na prestação de assistência para os doentes mentais, trabalho que se realiza entre duas ou mais profissões, o que contribuiu para abertura das Instituições Psiquiátricas para os profissionais de Serviço Social (SOUZA, 1986 apud BISNETO, 2007).

Também Bisneto (2007) retrata que após os anos 1970, inicia-se uma quantidade expressiva de assistentes sociais na área psiquiátrica, tanto pelo Movimento da Reforma Sanitária que contribuiu para a ampliação do número de assistentes sociais na saúde mental, como também pelo fato do Serviço Social ser visto pelo Estado ditatorial como um executor terminal das políticas sociais na área da saúde mental. Nesta mesma década, o Serviço Social brasileiro passa pelo Movimento de Reconceituação e a “repercussão disso foi que as metodologias clássicas em Serviço Social no campo da saúde mental foram contestadas pela psiquiatrização dos problemas sociais e por viés psicologizantes” (NETTO, 1992 apud BISNETO, 2007, p. 28).

Junto ao período ditatorial, portanto, o Serviço Social atravessa o já mencionado, Movimento de Reconceituação, período este, como sinaliza Estevão (1985, p.38), em que “todos os conceitos, crenças, bases teóricas já não mais valiam, era necessário procurar outros. Era necessário criar também outros espaços profissionais”, deixando o chamado Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. Os assistentes sociais ultrapassam o discurso de pobre,

patologias sociais, carente, desenvolvimento comunitário e começam a considerar as mudanças estruturais, os trabalhadores, o compromisso com a classe trabalhadora e a revolução (ESTEVÃO, 1985).

O Movimento da Reconceituação traz o entendimento para os profissionais acerca da sociedade capitalista, da luta de classes que há nesta sociedade, da acumulação de capital e a desigualdade gerada por este modo de produção sobre a classe trabalhadora, desigualdades estas que podem ser compreendidas como as manifestações da questão social, estas que também refletem na área da saúde mental, pois “[...] no plano macrossocial, no geral, envolvem as repercussões das desigualdades sociais da sociedade capitalista; a violência institucional; o estigma; a exclusão de direitos, dentre outros” (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 47).

A problemática é que durante a Reconceituação do Serviço Social, a bibliografia que orientava a prática dos assistentes sociais de base psicossocial não estabeleceu uma metodologia de atuação para a profissão na saúde mental, os profissionais continuaram utilizando-se dos autores da psiquiatria social que são Franco Basaglia, Michel Foucault, dentre outros, para orientar suas práticas (BISNETO, 2007). Nos anos 1970 ainda era a metodologia clássica (Caso, Grupo e Comunidade) que orientava a prática do Serviço Social na área da saúde mental (BISNETO, 2007), mas no final da década e durante a década de 1980, particularmente nesta área os assistentes sociais passam a ter suas práticas junto aos usuários realizando terapias familiares (MIOTO, 2010).

No período pós a Reconceituação, considerando a década de 1980 em diante, houve um aumento no número de assistentes sociais no campo da saúde mental, bem como nos anos 1990, os municípios começaram a integrar a assistência psiquiátrica com a rede de atenção básica de saúde, criando específicos programas de saúde mental como centros de saúde, ambulatórios, entre outros, que passam a demandar a atuação de assistentes sociais (BISNETO, 2007). As pesquisas no campo da saúde mental, se deram em parte por conta da influência do marxismo no rearranjo da profissão, ocorrendo nas principais escolas de Serviço Social do Brasil com pós-graduação, em que pautaram-se nos movimentos sociais, no estatuto profissional ou em políticas sociais (BISNETO, 2007).

Os anos de 1980 trazem um debate pós Reconceituação do Serviço Social e maior concretude do Movimento de Reforma Psiquiátrica movido por diversas preocupações sociais (BEZERRA JR, 1994 apud BISNETO, 2007). Nesta década em diante, novos fenômenos agem sobre a relação entre a saúde mental e o Serviço Social (BISNETO, 2007).

Podemos compreender que a conformidade entre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, junto às propostas da reforma psiquiátrica, ambos ocorridos durante os anos

1970, como já exposto, contribuíram para a inserção do assistente social em saúde mental no Brasil a partir dos anos 1990 atuar a favor do processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental (ROSA; MELO, 2009). A corrente marxista adotada na Reconceitualização junto às vertentes mais progressivas do Movimento de Reforma Psiquiátrica realizaram diversas articulações por ambas considerarem o Movimento Institucionalista, que faz a crítica à alienação das instituições em que os loucos são submetidos (BISNETO, 2007)

Na década de 1990, aumenta-se consideravelmente a contratação de assistentes sociais na saúde mental após a concretização e consolidação do SUS com a Lei n. 8.080/1990, tornando-se a área da saúde, aquela que é o maior campo de atuação do Serviço Social (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015).

Como resume Bisneto (2007), nos tempos atuais, em boa parte do trabalho realizado pelo Serviço Social nas organizações psiquiátricas, este é demandado porque “está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário” (p. 19). A expressão metodológica do Serviço Social atual no Brasil em saúde mental está presente nas correntes “[...] que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional pela perspectiva crítica e dialética” (BISNETO, 2007, p.35).

Considerando as numerosas áreas de trabalho do Serviço Social e o ensino generalista para trabalhar nestas, as graduações em Serviço Social não dispõem de “[...] uma formação específica em saúde mental” (ROSA; MELO, 2009, p. 86), quando nos aproximamos do referencial teórico do Serviço na saúde mental, é possível perceber que há maior acúmulo de reflexões do Serviço Social em torno da reforma psiquiátrica (ROSA; LUSTOSA, 2012). Como Bisneto (2007, p. 37) aponta, na formação universitária dos assistentes sociais, estes não são capacitados para compreensão da “[...]loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política”.

O assistente social na saúde mental trabalha de forma plural quando utiliza-se também das explicações do marxismo para compreensão da exclusão do louco, para demandar os direitos sociais e a cidadania das pessoas com transtorno mental, partindo também para as explicações da Medicina e da Psicologia para entendimento da loucura como sendo uma doença mental (BISNETO, 2007).

Ao realizar o resgate bibliográfico sobre a tradição hegemônica do Serviço Social e da saúde mental, é possível identificar que existe uma cultura terapêutica e de ordenação entre os profissionais e as pessoas atendidas (VASCONCELOS, 2000; DA MATTA, 1990 apud VASCONCELOS, 2000). Após os diversos movimentos ocorridos, como reforma sanitária,

instituição do SUS e da própria reforma psiquiátrica, conforme Rosa e Melo (2009), o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil ainda está em processo de transição, passando “[...] de um modelo segregador, excludente, para um modelo de serviços aberto, comunitário e preservador da cidadania” (p. 82). Apesar da existência ainda de lógicas e de modelos para coordenação da psiquiatria, o principal dos avanços é o reconhecimento da pessoa com transtorno mental, enquanto pessoa de direitos, o que orienta o exercício profissional do Serviço Social.

Quando nos deparamos a atuação do Serviço Social em estabelecimento psiquiátrico, os profissionais são demandados a intervirem sobre fenômenos de demandas sociais ou contextual, como também para atuarem sobre qualquer ocorrência que prejudique o planejamento do atendimento psiquiátrico. Logo, a instituição demanda os assistentes sociais para intervirem sobre os pacientes de forma que recoloca estes no que é considerado “normal” (BISNETO, 2007). Além de atender aos interesses das instituições garantindo eficiência e aproveitamento dos leitos psiquiátricos, Rosa (2003) explica que os assistentes sociais atendem os interesses dos usuários, interferindo sobre seus quadros psiquiátricos e nas dificuldades do abandono familiar, agindo para o retorno a sociedade.

Quando nos aproximamos do objeto de intervenção do Serviço Social especificamente na área da saúde mental, observamos que muitos autores focam-se na desinstitucionalização e na reforma psiquiátrica brasileira, como Bisneto (2007) sinaliza em sua obra; também é comum que os autores ressaltem sobre os estabelecimentos psiquiátricos, os serviços alternativos ao internamento e a ressocialização dos usuários. É importante aqui destacar a expressão “ressocialização dos usuários”, afinal esta expressão carrega uma realidade enfrentada pelos usuários que são e foram internados nessas instituições psiquiátricas de caráter asilar, pois ao saírem da instituição, eles acabam precisando voltar a reconstituir vínculos sociais.

Conforme Rosa e Lustosa (2012) relatam, no modelo hospitalocêntrico, o assistente social assume funções que são mais tradicionais e age para dar apoio a categoria médica contribuindo “[...] principalmente, na agilidade da rotatividade dos leitos; promove atividades de educação em saúde; orienta sobre benefícios sociais e previdenciários, atua muito atrelado às famílias e articula a rede socioassistencial” (p.35), o que se propõe maiores avanços para ultrapassagem deste modelo.

Como Vasconcelos (2000) indica, o Serviço Social nas práticas em saúde mental, age conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica, com a proposta da desinstitucionalização dos usuários. Agindo de acordo com a reforma psiquiátrica do Brasil, os assistentes sociais em suas atuações contribuem para a ampliação da cidadania, investindo na luta junto aos usuários da saúde mental, logo, as pessoas com transtorno mental e suas famílias, para que acessem as

políticas públicas e possam ter seus direitos sociais, cívicos e políticos garantidos, para que sejam capazes de exercerem suas cidadanias (ROCHA, 2012). Para se trabalhar com a família, é comum a atuação dos assistentes sociais em grupos de discussão juntos a estas e as pessoas com transtorno mental, utilizando-se deste momento para esclarecer as dúvidas, explicar e informar sobre os problemas pertinentes as pessoas com transtorno mental (BISNETO, 2007).

O Código de Ética do/a Assistente Social, que materializa o projeto ético-político da profissão, segundo Moreira (2014), destaca a importância de que os profissionais se posicionem em favor da justiça social, na perspectiva de que todos têm acesso aos bens e serviços disponibilizados por programas e políticas sociais. São diversas as responsabilidades dos assistentes sociais, mas como Ferreira e Araújo (2015) apontam, os profissionais devem ter postura ética, compromisso com o bem-estar e executar o serviço com qualidade para os usuários.

Para que os usuários sejam atendidos em plenitude, como informa Rosa e Melo (2009), não somente a Medicina é valorizada nas intervenções e serviços psiquiátricos, outros profissionais também têm as práticas valorizadas. Os assistentes sociais precisam se articular com a equipe multiprofissional para ter uma visão ampliada no processo de trabalho em saúde mental, podendo ter uma apreensão da integralidade dos usuários, podendo compreender com maior amplitude a realidade social capitalista e a expansão dos transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas (COUTINHO; SANTOS, 2016).

Quando no trabalho com grupos na saúde mental, no momento de execução destes junto aos usuários atendidos pelos profissionais de Serviço Social, sendo as famílias e as pessoas com transtornos mentais, é importante o compromisso com os princípios orientadores da profissão, uma vez que é possível ser trazido pelos participantes do grupo, temas que necessitam de abordagens com nortes terapêuticos, por conta das próprias demandas e assuntos tratados. Conforme expõe Vasconcelos (2000), nos principais países da América Latina, é comum que os profissionais de saúde e da saúde mental, tenham uma cultura terapêutica forte, que dá ênfase ao processo de tratamento e cura.

Tendo conhecimento de que é possível o trabalho do Serviço Social brasileiro caminhar num viés terapêutico e pelas próprias solicitações que são trazidas pelos atendidos até os serviços da saúde mental, a categoria desenvolveu a Resolução n. 569, de 25 de março de 2010, que “dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social” (CFESS, 2010, p. 1). Esta Resolução compreende o princípio da interdisciplinaridade, considerando a competência de cada profissão, o respeito dos limites

de atuação técnica, que a realização de terapias não é atribuição e competência do assistente social, bem como considera como terapias, sejam elas individuais, grupais ou até comunitárias

a

a. intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas; b. Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique (CFESS, 2010, p. 2).

A realização de atividades que não são próprias para o Serviço Social, pode ocasionar a perda da identidade profissional (COUTINHO; SANTOS, 2016). Por isso, na saúde mental, esta é um espaço para atuação do assistente social, desde que seja a questão social o objeto de intervenção profissional (ROCHA, 2012), sendo a sociedade burguesa moderna constituída como tal, “[...] o louco e a loucura vão figurar como uma *questão social*, ao instigar os próprios princípios fundantes desta sociedade, sobretudo a razão e a autonomia humana” (ROSA, 2003, p. 29).

Adentrando a área do Serviço Social na saúde mental, Bisneto (2007) aponta os principais problemas enfrentados pela profissão quando se aproxima da resolução metodológica na história brasileira e reforma psiquiátrica, sendo eles:

- entrada tardia de um número maior de profissionais neste campo de atuação;
- inadequação teóricas (paradigmáticas);
- dificuldades em ensino, pesquisa e publicação;
- atuação em equipes multidisciplinares;
- psicologização das relações sociais;
- ambiente ‘grupalizante’ (BISNETO, 2007, p. 60).

A atual conjuntura da saúde mental brasileira aponta-nos o desmonte das políticas sociais e a retirada de verbas, uma vez que estas têm sido alvo do Estado neoliberal, por isso é preciso que os profissionais de Serviço Social tenham consciência deste cenário e tenham um olhar crítico e ações que interfiram cada vez mais nesta redução estatal, para que os direitos dos usuários possam ser concretizados.

Prosseguiremos para a segunda parte deste trabalho, o qual nos focaremos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis, instituição esta em que é campo de trabalho do Serviço Social com grupos juntos aos usuários e suas famílias.

3. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM FLORIANÓPOLIS: UMA VIVÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM GRUPOS

Nesta seção iniciaremos abordando o contexto geral do HCTP localizado em Florianópolis, bem como apresentaremos as leis que regem esta instituição, os serviços prestados, os usuários que são atendidos, a equipe técnica multiprofissional que atua, bem como a perspectiva de atuação institucional. Segundo Bisneto (2007, p. 168), foi possível identificar a falta de material, sejam eles “[...] publicações, pesquisas, debates em quantidade suficiente [...]”, para orientação da prática de assistentes sociais na saúde mental.

Por isso, iremos nos aproximar do trabalho realizado pelas profissionais de Serviço Social no HCTP catarinense, das atividades que executam e como as realizam, focando-se na metodologia utilizada do trabalho em grupos, considerando o apontamento de Torres (1985, p. 10), quando diz que "todo indivíduo é sempre e para sempre membro de grupo, [...] o homem vive em grupos do nascimento até à morte". Focaremos desde quando os assistentes sociais iniciam o trabalho com grupos no decorrer da história e apresentaremos as experiências de trabalho com grupos realizados pelo Serviço Social e outras profissões no HCTP, bem como utilizaremos de entrevistas semiestruturadas de 07 profissionais da instituição para aproximação dos grupos realizados, sendo eles o Grupo Operativo e o Grupo de Apoio Familiar.

3.1 O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO CATARINENSE

No ano de 1921, na cidade do Rio de Janeiro, foi fundado o primeiro manicômio judiciário no Brasil, denominado por Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MOREIRA, 2014; CARRARA, 1998 apud LIMA, 2014). Como já mencionado, em 1984 com promulgação da LEP, como Santana, Pereira e Alves (2017) expõem, os manicômios judiciários passaram a ser denominados por HCTP, ambiente este para prestar tratamento para as pessoas internadas.

Algumas leis passam a reger esses HCTP, dentre as consideradas mais importantes pela autora são, a) a Portaria Interministerial n. 1.777/2003 que define os hospitais como sendo objeto de norma própria (BRASIL, 2003; SOARES FILHO; BUENO, 2016); b) a Portaria n. 94/2014, que “institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a), portaria esta que conecta, segundo Soares Filho e Bueno (2016), desde o sistema de saúde, aquele que está privado de liberdade e

de saúde mental, o trabalho dos assistentes sociais, a proteção social, até o sistema de justiça criminal; e c) a Portaria n. 2840/2014 que cria o programa de desinstitucionalização (SOARES FILHO; BUENO, 2016), como “[...] integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p. 01).

Tem-se a informação de um único censo no Brasil sobre a população internada em HCTP que foi realizado no ano de 2011.

Segundo esse levantamento, o país contava com 23 HCTs e três alas de tratamento psiquiátrico em complexos penitenciários. Nesses estabelecimentos estavam internados 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 cumpriam medida de segurança, 117 em medida de segurança por conversão de pena e outros 1.033 em situação de internação temporária, aguardando realização de exame de sanidade mental ou decisão judicial para o andamento processual. A literatura internacional sobre manicômio judiciário é escassa e pouco específica, não permitindo conhecer seu funcionamento (SANTANA; ALVEZ, 2015, p. 135).

A respeito da instituição a qual nos focamos neste trabalho, que é o HCTP em Florianópolis no Estado de Santa Catarina, como mencionado por Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006) este é um órgão de atuação única no Estado catarinense, de defesa social e de clínica psiquiátrica, que atende pessoas com distúrbios mentais que estão sob custódia por conta da prática de algum delito.

Segundo Ferreira (2017a, p. 3) “[...] antes da criação do Manicômio Judiciário, os presos considerados inimputáveis cumpriam medida de segurança no antigo Hospital Colônia Santana, atualmente o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ”, compreendendo a inimputabilidade enquanto a não responsabilização da pessoa com transtorno mental por conta do crime que cometeu, e sim, responsabilização da doença a qual é acometido.

Conforme a necessidade do Estado catarinense, é criado o HCTP, localizado na Rua Delminda Silveira, s/n, no Bairro da Agrônômica, em Florianópolis. Segundo documento interno da instituição produzido por Darós (2017), o Manicômio Judiciário de Santa Catarina foi construído no terreno do Complexo Penitenciário Estadual em Florianópolis, por meio da Lei nº 4.559, de 07 de janeiro de 1971, fazendo parte integrante do Sistema Penitenciário Estadual, que é submetido ao Departamento de Administração Prisional (DEAP), regulado pela Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania de Santa Catarina.

Com o Decreto nº 4.283, de 27 de setembro de 1994, que aprova o Regimento Interno, no Art. 2º expõe que compete ao HCTP de Santa Catarina

- 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 (SANTA CATARINA, 1994, p. 01).

Os HCTP são instituições de ambíguo caráter, sendo o de prisão – hospital. Pode-se compreender que “a existência de celas, agentes penitenciários, falta de liberdade e de procedimentos de segurança marcou a parte prisional, assim como o corpo clínico moldou o significado de ambiente hospitalar” (SANTANA; ALVES, 2015, p.136). Compreendendo ser o HCTP uma instituição total, como definida por Goffman (1961).

A instituição HCTP, por mais que tenham o nome ‘Hospital’, é uma estrutura de responsabilidade exclusiva do sistema prisional, substituindo a lógica terapêutica por um funcionamento manicomial, segregador e carcerário, fazendo com o que o paciente judiciário viva um duplo estigma: o de ‘louco’ e o de ‘criminoso’ (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2108).

A população atendida pelo HCTP se divide em: a) usuários internados para cumprimento de medida de segurança; b) presos advindos de presídios ou penitenciárias para realização de laudo de sanidade mental ou breve tratamento após surto psicótico; c) presos que estão sob regime de hospital-dia, permanecendo no HCTP durante o dia e retornando para a penitenciária, presídio ou casa do albergado à noite; e por fim, d) a população tida como réu solto para realizar exame toxicológico, de sanidade mental e cessação de periculosidade.

A população atendida pelo Serviço Social e então o que nos interessa neste momento, são os internados neste HCTP chamados internamente de pacientes e considerados por nós usuários, sendo em média 80 pacientes. Como exposto por Rosa (2009, p. 26) “o público é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, em sua maioria de condição socioeconômica precária, sendo proveniente de todo o território estadual”. Sendo o público, portanto: a) usuários em cumprimento de medida de segurança, indivíduos estes que cometeram delitos sob a influência de distúrbios psiquiátricos, uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas (DARÓS, 2004); b) presos advindos de presídios ou penitenciárias para realização de laudo de sanidade mental ou tratamento breve após um surto psicótico; bem como, os usuários externos e não internados que são, c) os familiares dos usuários que cumprem a medida de segurança.

Para compreensão acerca dos usuários em medida de segurança, recorre-se a Soares Filho e Bueno (2016, p. 2103- 2104) que explicam sobre esta ter o objetivo de tratamento da

pessoa autora de infração penal, tendo a “[...] a finalidade da medida de segurança: uma transposição, do “tratamento”, da “presunção criminal”, para o “cuidado”, a “prevenção” e a “inclusão social”. Como justificativa, a medida de segurança tem que por conta da pessoa com transtorno mental praticar um ato ilícito, esta é merecedora de um tratamento para a prevenção de outro delito (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Os que estão sob medida de segurança, são considerados inimputáveis ou semi-imputáveis pela justiça, “a regra diz que o louco não é punível nem capaz, ou seja, inimputável” (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2105). O sistema judiciário, portanto não considera que o paciente é perigoso, “[...] mas sim a sua desassistência e que os delitos praticados, em sua grande maioria, são em momentos em que ele não está sendo assistido” (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2108). Sobre o tempo de cumprimento da medida de segurança, Prado e Schindler (2017) explicam que

[...] É determinado em sentença condenatória pelo juiz que absolve o réu, mas aplica a medida de segurança, que variará de um a três anos, como dito anteriormente. Transcorrido esse prazo, terá de ser realizado exame de cessação de periculosidade para averiguação das condições médicas e psicossociais do paciente, no intuito da desinternação. Caso não tenha havido a cessação da periculosidade, o exame será realizado anualmente (art. 97, § 1º, do Código Penal) (PRADO; SCHINDLER; 2017, p. 642).

Assim, podemos compreender que a medida de segurança tem duração indeterminada e que há “[...] grande possibilidade de institucionalização do seu cumpridor, [...] são excluídas [no HCTP] da convivência social essas pessoas, sob a presunção de representarem perigo à sociedade” (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 635). Estes usuários representam o risco de serem perigosos para a sociedade, logo, de representarem periculosidade, por conta de não terem “[...] condições de entender o caráter ilícito da conduta ou de se posicionar de acordo com esse entendimento, uma vez que se encontra afetado por uma doença mental no momento da ação [...]” (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 632).

Outros usuários atendidos pelo Serviço Social, são os presos advindos de presídios ou penitenciárias que são levados até o HCTP para realizarem laudo de sanidade mental ou breve tratamento, pois no decorrer do cumprimento da sua pena, houve um surto psicótico ou alguma demanda psiquiátrica que após o resultado deste laudo, o preso pode retornar para sua unidade prisional ou ter sua pena convertida em medida de segurança (superveniência da pena), permanecendo então no HCTP.

Por fim, os outros usuários atendidos pelo serviço social neste HCTP, são alguns membros das famílias dos usuários sob medida de segurança, sendo ao longo da história a família já envolvida com o fenômeno da loucura, podendo esta carregar um duplo significado.

A família já foi vista enquanto aquela que necessitava ser protegida dos seus entes alienados, bem como foi entendida como a que causava a alienação mental do seu familiar (BIRMAN, 1978 apud ROSA, 2003). O Serviço Social busca a aproximação e a valorização de membros das famílias dos usuários que estão sob custódia no HCTP por compreender que ao “[...] conhecer e ativar a rede social do portador de transtorno mental e de sua família permite acionar e criar recursos e potencialidades que podem agir como fator estimulador de saúde mental, fornecendo suporte social, afetivo e material” (ROSA, 2003, p.74).

O HCTP tem a missão de “tratar e recuperar os internos, buscando uma reintegração deles ao meio social e custodiar estes indivíduos que por determinação judicial tem uma medida de segurança a cumprir” (HCTP, 2006, p. 1), sendo esta orientadora de todo o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional. Tem-se também outro orientador dos serviços prestados pelo HCTP em Florianópolis, sendo ele o objetivo que se tem com os serviços que são prestados, que é o de “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, p. 01).

A Lei de Reforma Psiquiátrica, logo a Lei n. 10.216/2001, é orientadora dos serviços prestados pelo HCTP, seguindo o 4º artigo no 2º Parágrafo de que

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001, p.01).

Para que tenha a prestação de serviços na instituição conforme a Lei de Reforma Psiquiátrica, afim de concretização da missão e objetivo institucional, o HCTP dispõe de uma equipe técnica multiprofissional para prestação de serviços, também compreendendo aquilo que Bisneto (2007) coloca sobre os problemas em saúde mental serem complexos e exigiram articulações de diversos saberes. Por isso, a equipe de profissionais é composta por

Auxiliares de serviços gerais, técnicos em Recursos Humanos, técnicos em administração, técnicos em informática, gerente jurídico e administrativo, diretor geral, agentes penitenciários, advogados, enfermeiros, técnicos em enfermagem, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, assistentes sociais, psicólogos, médico clínico, médicos psiquiatras, farmacêuticos e dentista (FERREIRA, 2018, p. 3).

O cotidiano de intervenção que é tido na instituição, conforme Lisboa e Ribeiro (2012, p. 148) apontam, mostra “[...] que uma profissão sozinha não dá conta de assumir os encaminhamentos e soluções para as diferentes situações sociais, ou seja, faz-se cada vez mais necessário o diálogo com diferentes disciplinas”. É possível identificar que o trabalho realizado

pela equipe em seu trabalho interdisciplinar, é realizado com dificuldades para efetivação da cidadania das pessoas com transtorno mental infratoras, o que iremos expor adiante.

Este HCTP desenvolve suas atividades por meio da equipe multiprofissional e atua conforme os três programas orientadores do trabalho, sendo eles: a) Programa de Alta Progressiva; b) Programa de Acompanhamento ao Egresso; e o c) Programa de Acompanhamento ao Interno, a qual abrange as atividades de tratamento.

Sobre o Programa de Alta Progressiva, conforme exposição de Darós (2017), diz respeito a saídas programadas, sendo em datas festivas do HCTP ou não, sob liberação judicial para pacientes estarem com suas famílias, como também pelas 10 vagas disponíveis (com liberação judicial) para participação de pacientes nas oficinas ofertadas diariamente pelo CAPS Ponta do Coral, sendo estas de teatro, cerâmica e máscara. A parceria com o CAPS Ponta do Coral acontece devido a equipe técnica multiprofissional compreender que este é um serviço substitutivo e que ultrapassa o modelo de tratamento hospitalocêntrico.

À respeito do Programa de Acompanhamento ao Egresso, este foi criado pela atual gestão e conta até o momento com 260 egressos, sendo estes acompanhados pelo coordenador do programa e a secretária, sendo ambos agentes penitenciários, e o coordenador também psicólogo, que quando há necessidade, os egressos são orientados para realizarem solicitações de apoio à equipe técnica multiprofissional (FERREIRA, 2017a).

Por fim, o Programa de Acompanhamento ao Interno como exposto por Darós (2017) diz respeito as seguintes atividades: a) escola, através do EJA (Educação de Jovens e Adultos) e sob convênio da Secretaria de Educação, sendo a educação concretizada desde alfabetização a cursinho pré-vestibular; b) acompanhamento dos pacientes pelo profissional de educação física com aulas de basquete, futebol, exercícios físicos, pilates, entre outros; c) oficinas de cestaria e de tear; d) Projeto Geografias em Deriva, executado por estudantes de Licenciatura em Geografia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) para ensino e troca de saberes entre o universo acadêmico e a comunidade; e) aula de computação; e f) atividades laborativas dos internos, sendo elas: na horta, de limpeza, na cozinha com a organização das refeições e acompanhamento através de projeto de alimentação saudável. No final do ano de 2017 o HCTP também passa a executar o projeto de intervenção da estagiária escritora, passando este a ser mais uma das atividades do Programa de Acompanhamento ao Interno. Logo, outra atividade que os usuários participam junto às suas famílias, o que será exposto adiante, que é o Grupo de Apoio Familiar. Ressaltando que no ano de 2018, foi contratado um terapeuta ocupacional conforme solicitação da equipe técnica, com este os internos passam a ter também atividades e palestras realizadas pelo terapeuta ocupacional.

3.2 O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HCTP

No ano de 1978, o Serviço Social foi inserido no HCTP em Florianópolis para melhoria no atendimento do “doente mental”, a fim de colaborar com a alta do paciente, na reconstrução da sua autoestima, também do seu vínculo familiar e para que sua cidadania seja resgatada, bem como pela necessidade da desenvoltura do trabalho multidisciplinar (DARÓS, 2004). Compreendemos a multidisciplinaridade sendo aquela em que

Profissionais de diferentes categorias trabalham isoladamente sobre um mesmo objeto, mas não há troca de conhecimentos entre eles e sim uma coordenação administrativa do serviço. Como exemplo, podemos citar as equipes multiprofissionais de ambulatórios (MOUTINHO, 2013, p. 33).

Atualmente o setor de Serviço Social da instituição é representado por três assistentes sociais, sendo possível observar no trabalho desenvolvido por estas, que o Código de Ética do/a Assistente Social – Lei n. 8.662/1993 é o norteador de suas ações. As profissionais de Serviço Social desenvolvem atividades que possibilitam o cumprimento da missão e o objetivo institucional, bem como é possível identificar que a finalidade de seus trabalhos é o de que os usuários retornem para seu convívio social, seja ele com a família, amigos, trabalho, etc., considerando que o assistente social na área da saúde mental, “tem sido percebido como profissional da inserção exatamente pela articulação que promove entre as diferentes políticas públicas, para mobilizar recursos com o objetivo de reintegração social da pessoa com transtorno mental” (ROSA; MELO, 2009, p. 94).

O Serviço Social intervém nesta instituição junto aos profissionais da equipe multiprofissional considerando a Lei n. 10.216/2001, agindo na perspectiva de “[...] promover o reconhecimento do louco com um sujeito de direitos, buscando incluí-lo plenamente na vida social e respeitando-o na sua diferença” (NICACIO, 2013, p. 132).

De acordo com Forti e Beiral (2014), é possível considerarmos os HCTP frente a dimensão ética e de trabalho dos assistentes sociais, como uma espécie de campo-síntese, por conta da

interseção de diferentes políticas sociais – política de saúde/saúde mental, de assistência social, ‘política penitenciária’ (assentada na Lei de Execuções Penais – LEP e legislações complementares) e diferentes diretrizes oriundas do Sistema de Justiça Criminal: polícias, Ministério Público, Defensoria Pública etc. (FORTI; BEIRAL, 2014, p. 54).

Junto ao Programa de Acompanhamento ao Interno, o Serviço Social desenvolve as seguintes atividades no HCTP: a) atendimentos individuais dos chamados pacientes; b) o encaminhamento destes para Residenciais Terapêuticos; c) elaboração de estudos

e perícias sociais; d) participação em reuniões técnicas; e) organização de eventos ou festas temáticas (Páscoa, Junina/Julina e de Natal); f) realiza procedimentos para expedição de documentos, bem como procedimentos bancários para recebimento de benefícios; g) execução da Oficina de Leitura; h) o planejamento e execução de grupos operativos, o que é desenvolvido por uma das assistentes sociais da instituição (FERREIRA, 2017a); por fim, i) coordenação e participação no Grupo de Apoio Familiar.

De acordo com Bisneto (2007, p. 167), por se tratar de um estabelecimento psiquiátrico, algumas técnicas médicas são encontradas dentre a instrumentalização utilizada pelas profissionais de Serviço Social, bem como “[...]anamnese, [...], diagnóstico, prontuário, dentre outras”. Enquanto profissionais que atuam junto as pessoas com transtornos mentais, há a necessidade de compreensão sobre as doenças e as demandas que estas exigem, pois assim é possível ter a intervenção necessária, compreendendo que os transtornos mentais afetam diferentemente a vida das pessoas (ROSA; LUSTOSA, 2012).

Não é somente na entrada e na saída dos usuários que o assistente social atua, é ao longo de seus tratamentos (BISNETO, 2007), valorizando os sujeitos de forma ampla, com as suas histórias de vida e não na perspectiva do delito cometido, na busca da garantia dos seus direitos (VARGAS, 2016; OLIVEIRA, 2006). Salientando o que Lisboa e Ribeiro (2012) expõem quando dizem que no atendimento e acolhimento dos usuários, o profissional de Serviço Social intervém para o fortalecimento, inclusão e para garantia de direitos dessas pessoas.

Podemos considerar que o assistente social é o profissional que participa de todas as etapas dos serviços prestados na instituição, indo desde o planejamento das ações para desenvolvimento de saúde mental, nas atividades feitas para o acolhimento dos usuários, no próprio tratamento prestado no HCTP, bem como até o egresso do hospital reinserção dos usuários na sociedade (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Tem-se a valorização do Serviço Social na instituição, pois é através desses profissionais que há a aproximação com a história de vida e da doença dos usuários, depois o esforço para a aproximação da rede social dos usuários, seja conhecendo sua família e vínculo social, para contribuir com sua reinserção em seu contexto sócio familiar (FERREIRA; ARAÚJO, 2015).

Em torno do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais na instituição, é possível identificar a necessidade que a própria profissão tem de uma educação permanente, por conta das mudanças constantes vivenciadas pela sociedade. Uma vez que é dinâmica a realidade de trabalho dada pela instituição, torna-se necessário que

O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por

uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário (CFESS, 2012, p. 53).

O cotidiano de atuação das assistentes sociais no HCTP, portanto, revelam a dinamicidade das demandas trazidas pelos usuários, o que exige das profissionais uma educação permanente para compreender criticamente a concretização do seu trabalho, exigindo leituras frequentes em torno da saúde mental, acompanhar os avanços ou regressos em torno das políticas que abrangem a saúde mental.

3.2.1 Atividades do Serviço Social no Programa de Acompanhamento ao Interno²

Compreendendo ser através das atividades realizadas pelas assistentes sociais no HCTP que o trabalho do Serviço Social é concretizado, partimos para a exposição dessas atividades, componentes integrantes do Programa de Acompanhamento ao Interno.

A maior aproximação entre as profissionais de Serviço Social e os usuários no HCTP acontece durante os atendimentos individuais. Nesses atendimentos tem-se como momento principal trabalhar com os usuários o seu egresso, o conhecimento de suas histórias de vida frente ao transtorno mental e as dificuldades que cercam estes sujeitos, desenvolvendo junto a eles a responsabilidade e autonomia para tratamento de suas doenças, enfatizando que necessitam de cuidados contínuos. São nos atendimentos individuais em que é possível a assistente social identificar a necessidade de uma abertura de exceções às regras institucionais, como menciona Bisneto (2007, p. 132) o exemplo de “[...] levar o paciente ao pátio quando isto não lhe é facultado livremente ou deixa-lo receber visitas fora do horário estipulado”, são ações que precisam ser desenvolvidas para contornar a rigidez das normas que a instituição tem, para que o usuário se adapte ao seu tratamento, bem como para dar respostas às diferentes necessidades da pessoa com transtorno mental, que podem surgir de forma imediata.

Também nos atendimentos individuais aproxima-se das demandas pessoais e familiares dos então pacientes, podendo estes realizarem ligações telefônicas para a família, entre outras questões pertinentes que surgem no cotidiano de trabalho e são tratadas nesses atendimentos. Em seu TCC Moreira (2014, p.5) realiza exposições sobre o HCTP em Florianópolis, demonstrando e resumindo situações presenciadas e muito comuns nos atendimentos

² Este subitem será detalhado com base no documento “Relatório final de estágio: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC” (FERREIRA, 2018), considerando que este tem a descrição das atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais na instituição.

individuais feitos pelas assistentes sociais, momentos em que os pacientes são atendidos e “cobram a data do novo laudo psiquiátrico, querem saber se o juiz já autorizou a desinternação, perguntam sobre os advogados e até pedem novos exames. Garantem que chegou a hora de retornarem à vida em sociedade”.

Nos atendimentos individuais é possível identificar o compromisso com um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social – Lei n. 8.662/1993 que é o “I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;” (BRASIL, [2011], p. 23), princípio este que reforça a construção junto aos usuários da responsabilidade que estes têm com o tratamento do seu transtorno mental e o desenvolvimento de sua autonomia, que é capaz de restituir a liberdade e contribuir para a reinserção na sociedade.

As profissionais de Serviço Social também realizam atendimentos individuais junto a alguns familiares, comumente sendo estes: mães, pais, companheiras/esposas, irmãos/irmãs, tios/tias, etc., utilizando-se deste momento para se aproximar e entender o relacionamento dos usuários com estes. Há também o esclarecimento sobre o tratamento do transtorno mental de seu familiar, como também há a explicação sobre como funciona a RAPS, os serviços oferecidos pelos CAPS e/ou ofertados pela rede de atenção básica nos centros de saúde, entre outros assuntos que são tratados. O trabalho realizado pelas assistentes sociais junto às famílias é de tamanha relevância que resultou no projeto de intervenção desenvolvido pela estagiária autora, denominado “Grupo de Apoio Familiar do HCTP em Florianópolis”.

São realizados diversos encaminhamentos pelas assistentes sociais, desde solicitações de benefícios, expedição de documentos, até procedimentos bancários. Tem-se desde o agendamento para requerimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), até a ida ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para solicitação do BPC para aqueles que têm o direito de receber (como é o caso da pessoa esquizofrênica). Esclarecendo que estes procedimentos são realizados no processo de organização para o egresso do HCTP das pessoas antes internadas. Para alguns usuários, são requisitados o auxílio doença, pois antes de estarem no HCTP, estavam com a carteira de trabalho assinada e possuem o direito de receber este benefício pelo afastamento do trabalho.

Sobre o BPC, este

[...] é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do

salário-mínimo vigente. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter direito. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte (INSS, 2018a, p. 01).

Bem como o mesmo site expõe que

O Auxílio-Doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente (INSS, 2018b, p. 01).

A expedição de documento mais demandada ao assistente social na instituição, é a expedição de Registro Geral (RG), em que as profissionais, estagiárias e também a equipe jurídica do hospital, localizam as Certidões de Nascimento (CN) dos usuários para que então o Serviço Social possa acompanhá-los na expedição de seus RG, tendo em visto que este documento é necessário para realizar a solicitação de benefícios sociais. Para depósito de parte dos benefícios, é realizada a abertura de conta bancária poupança, o que é acompanhado tanto pelas profissionais, quanto pelo profissional responsável pelo pecúlio para realizar a abertura de contas.

Com os encaminhamentos realizados para que os usuários recebam os benefícios que lhes são de direito, é possível identificar um dos deveres do/a assistente social que é colocado no Código de Ética Profissional do Serviço Social no Cap. II Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras, no Art. 8, que é o de “d- empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais” (BRASIL, [2011], p.31).

Para manutenção de suas vidas, em sua grande maioria, as pessoas com transtornos mentais necessitam de cuidados ou de acompanhamento no seu dia a dia. Parte dos usuários que estão internados no HCTP em Florianópolis, não possui contato com a família, o que sinaliza a falta de apoio após o egresso do hospital. Nos procedimentos para a saída do usuários após recebimento de alta do HCTP, as assistentes sociais realizam os procedimentos necessários para a desinternação, planejando as saídas com encaminhamentos senão para a família, para instituições, podendo ser estas comunidades terapêuticas ou residências terapêuticas, estas últimas vistas como uma das maneiras para que se consiga a desinstitucionalização, já que são dispositivos residenciais exclusivos para pessoas com transtorno mental (VASCONCELOS, 2000).

As profissionais também realizam acompanhamentos pós desinternações, deixando claro para os egressos, que lhes são permitidos a recorrência do Serviço Social caso necessitem. Serviços estes incluídos no Programa de Acompanhamento ao Egresso do HCTP catarinense.

O que diz respeito a elaboração de estudos sociais realizados pelas assistentes sociais, esses acontecem em diversos momentos, quando é necessário, por exemplo, que seja realizada

a aproximação com a realidade de pacientes egressos (feito através de visitas domiciliares) ou relatar sobre visita aos familiares que irão receber um usuário após seu egresso. As profissionais utilizam-se de estudos sociais para apresentarem sobre como está a situação que foi acompanhada ao Juiz. Estes estudos são apresentados para emitirem pareceres sociais que podemos compreender como sendo a opinião técnica dada pelas profissionais, sendo feitos em forma de relatório social ou psicossocial quando realizados em conjunto com a psicologia.

Ainda sobre os relatórios e pareceres sociais, as assistentes sociais utilizam-se destes quando devem relatar sobre como está ocorrendo o tratamento dos usuários aos juizes, bem como para auxiliar o médico perito responsável por realizar o laudo de cessação de periculosidade.

É recorrente a realização de reuniões na instituição, estas compostas pela equipe multiprofissional tanto para a realização dos laudos de cessação de periculosidade, organização de melhorias na rotina institucional, quanto para organização das festas temáticas anuais (Páscoa, Junina e de Natal), também para encaminhamento de pacientes para o CAPS, reuniões para saber se determinados usuários estão preparados para fazerem saídas temporárias e para organização dessas saídas. As profissionais de Serviço Social também utilizam-se de reuniões para organização dos detalhes do próprio trabalho, para a ordenação, quando necessário, de como realizar as intervenções profissionais na instituição.

Uma das profissionais de Serviço Social utiliza-se do grupo operativo elaborado por Pichon-Rivière em 1958, para acompanhamento dos pacientes. Grupo este desenvolvido há 16 anos no HCTP e que tem colaborado com o tratamento dos usuários proposto pela instituição. Outro grupo que tem a participação do Serviço Social no HCTP é o Grupo de Apoio Familiar em que tem a participação da equipe multiprofissional em cada encontro.

Junto novamente ao Código de Ética do/a Assistente Social, na Lei n. 8.662/1993 de regulamentação da profissão, encontra-se que “Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” (BRASIL, [2011], p. 29). Dentre as atividades desenvolvidas pelas profissionais de Serviço Social, o que dá voz a este dever, é a participação nas Assembleias feitas uma vez por semana, em que são anotados os pedidos dos pacientes para atendimento odontológico, orientações jurídicas, manutenções na instituição e elogios ou reclamações pelas vivências cotidianas, momento importante por ser um momento em que os pacientes têm voz ativa.

3.3 O TRABALHO REALIZADO PELO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS

Um grupo é formado por um conjunto de pessoas, um conjunto de grupos estabelece uma comunidade, bem como um conjunto de comunidades, representa uma sociedade. Pois bem, desde o nascimento, os indivíduos participam e interagem com diferentes grupos, seja para a busca da identidade individual, como pela necessidade de gerar sua identidade social e de grupo (ZIMERMAN, 1997a). Todos que vivem em sociedade participam de muitos grupos no seu dia a dia, logo participam de grupos por toda sua vida, pois de acordo com Torres (1985, p. 11), “os grupos existem para satisfazer as diversas necessidades que os seres humanos possuem e que não poderiam resolver sozinhos”.

Por conta desses aspectos, Moreira (2017) explica que a ação com grupos no exercício profissional dos assistentes sociais, já é antiga. Como já exposto anteriormente, o Serviço Social já foi dividido entre Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, e a respeito do Serviço Social de Grupo, de acordo com a maioria dos autores, não é possível apontar um momento histórico em que esse método foi executado pela primeira vez (CERQUEIRA, 1981).

A respeito do Serviço Social de Grupo, Kisnerman (1977, p. 13) nos explica que é através dele que se ensinou a massa a viver conforme a democracia, conquistando sentimentos de comunidade e participação ativa, sendo o Serviço Social de Grupo um método para que as comunidades tornem-se agentes de sua própria mudança, bem como de bem-estar. O grupo é visto como um instrumento para satisfação das necessidades individuais das pessoas e o Serviço Social de Grupo na época, era visto como um meio para “[...] criar e desenvolver sentimentos de comunidade, enquanto os integrantes aprendem a dar e a receber, a intercambiar experiências, a compartilhar coisas, a trabalhar em cooperação, a elaborar conteúdos” (KISNERMAN, 1977, p. 14).

Na realização dos grupos desenvolvidos pelo Serviço Social de Grupo no início da profissão, Kisnerman (1977) relata ter sido comum a aproximação com a psicologia social, sendo visto os grupos como um potente estimulador de críticas que utilizam-se do diálogo para ajudar na resolução de problemas dos participantes, bem como é tido como um instrumento para a socialização. Cerqueira (1981, p. 53) sinaliza que “[...] o Serviço Social de Grupo surgiu com a função de contribuir para a manutenção da continuidade estrutural, cujo equilíbrio estava ameaçado pelos problemas sociais ou disfunções surgidas”.

Podemos concluir assim, que o Serviço Social de Grupo foi influenciado pelos pressupostos funcionalistas em sua literatura, pois é visto como atividade contínua que satisfaz às necessidades ou requisitos funcionais do sistema o qual é desenvolvido o grupo, para que o

sistema funcione adequadamente, os indivíduos se interajam e se adaptem ao meio em que vivem (CERQUEIRA, 1981).

A partir do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, Moreira (2017) conta-nos que o trabalho com grupo realizado pelos profissionais, passa a ser modificado, negando-se o próprio Serviço Social de Grupo como um método e o assistentes social de grupo, como uma especialização. Surge-nos então a questão: como é desenvolvido nos dias atuais os trabalhos com grupos realizados pelo Serviço Social? Primeiramente, precisamos considerar que o Serviço Social pós-Movimento de Reconceituação, não dedicou-se o necessário no campo prático-operativo, deixando de dar atenção ao trabalho de campo dos profissionais (MOREIRA, 2017).

Após o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina,

[...] a tendência histórico-estrutural procurou romper com a base conservadora do ‘Serviço Social de Grupo’, e a manifestação mais protagonista foi encaminhada pelo grupo ECRO da Argentina, onde assistentes sociais dividiam o espaço de sua militância com psicólogos, psiquiatras, psicanalistas e psicossociólogos. Na militância do grupo ECRO se formulou a concepção de “Grupo Operativo” de Pichon-Rivière, em que o *esquema conceitual referencial e operativo* (o ECRO) dos grupos se remete às dimensões históricas e sociais, repolitizando e reeconomizando o espaço grupal (BISNETO, 2007, p.55).

Segundo Bisneto (2007) com debate contemporâneo, no Brasil a vertente que participava do grupo ECRO perdeu força e fez sumir do Serviço Social as perspectiva do grupo operativo. Com o Movimento de Reconceituação profissional teve-se como objetivo o trabalho com grupos realizado pelo Serviço Social para “[...] capacitar os membros do grupo a uma efetiva participação no processo social [...]” (CERQUEIRA, 1981, p. 77).

Nos dias atuais, portanto, quando tratamos sobre o **trabalho dos assistentes sociais com grupos**, este é visto dentro da dimensão pedagógica da profissão, sendo considerado como contribuições para a **dimensão técnica-operativa** do Serviço Social, estando inserido no campo da autonomia do profissional em que este escolhe utilizar-se ou não de grupos, como uma opção político-metodológica (MOREIRA, 2017).

Os aportes teóricos mais atuais sobre o trabalho do Serviço Social com grupos encontrados foi o de Moreira (2017) que desenvolve seu livro com base nas experiências profissionais de assistentes sociais em escolas do município do Rio de Janeiro, em que realizou um resgate histórico sobre a “[...] questão do ‘grupo’ no Serviço Social brasileiro e tentar localizar neste complexo processo de continuidades e de rupturas como se insere a ‘Dinâmica de Grupo’ em nossa profissão” (MOREIRA, 2017, p. 63).

A autora define **‘grupo’ como um instrumento de trabalho**, que tem a participação de indivíduos numa atividade socioinstitucional, sendo coordenada por um ou mais profissionais, com uma duração e com metodologias e objetivos definidos (MOREIRA, 2017). Quando Moreira (2017) questiona sobre a dinâmica de grupo, ela traz a definição de Lewin (1989) que coloca ser

[...] a partir do momento que temos três ou mais pessoas se comunicando e trocando informações podemos dizer que elas estão se movimentando, aprendendo, e se há uma interação, há a dinâmica. Portanto, para o autor, a dinâmica de um grupo é o seu movimento (LEWIN, 1989 apud MOREIRA, 2017, p. 66).

Os elementos que facilitam a comunicação intragrupal, o próprio trabalho no grupo e de grupo, como destaca Moreira (2017), são a preocupação com os sentimentos dos participantes do grupo, bem como o envolvimento emocional e comportamental destes, que com a dimensão pedagógica do grupo

[...] permite que, em vez de ‘ensinar’ através de uma simples transferência de conhecimentos, o educador atua na perspectiva da ampliação da visão de mundo dos seus componentes, nunca desconsiderando o conhecimento acumulado deles próprios (MOREIRA, 2017, p. 131).

Quando nos aproximamos dos primeiros princípios de fundamentos da técnica grupal anteriormente utilizada no cotidiano profissional, Zimerman (1997b) aponta que eram: a) o planejamento; b) a seleção dos indivíduos para participação do grupo; c) os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal, como local, horário, periodicidade; d) o manejo de resistências; e) manejo dos sentimentos que não são manifestados no campo do consciente; f) a comunicação; g) a interpretação tanto do coordenador, quanto dos participantes; h) os papéis, vínculos e a coordenação; e i) o término, entre outros.

Os assistentes sociais são solicitados a dar respostas tecnicamente apropriadas, “[...] tais como no manejo de trabalho grupal [o que mais recentemente] [...] não apresentou uma instrumentalidade condizente com os anseios mais imediatos de uma parte significativa da categoria” (ROSA; LUSTOSA, 2012, p.28). Ao se aproximar do trabalho com grupos num campo institucional, é possível identificar a existência de objetivos institucionais, tendo os profissionais de Serviço Social seus próprios objetivos também que “[...] tem como preocupação pautar seu exercício em elementos ético-políticos vinculados ao projeto hegemônico da profissional” (MOREIRA, 2017, p. 134), o que há a necessidade de capacitação na atualidade para ocorrência de tal trabalho.

Na aproximação com o campo da saúde mental, Bisneto (2007) indica sobre as diversas organizações psiquiátricas desenvolverem oficinas e atividades grupais que adotaram temas

como a desinstitucionalização da loucura. O trabalho em grupo na área da saúde mental, que é o que estamos focando, leva em consideração a historicidade do tratamento passado das pessoas com transtorno mental, das violações de direitos ocorridas, e agora tem como proposta ouvir a pessoa com transtorno mental, conhecer suas dificuldades e cooperar para o desenvolvimento da sua autonomia e identidade, o que o Serviço Social especificamente, tem muito a contribuir conforme os princípios do seu Código de Ética Profissional, sendo destacados:

- I. **Reconhecimento da liberdade como valor ético central** e das demandas políticas a ela inerentes - **autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;**
- II. **Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;**
- III. **Ampliação e consolidação da cidadania**, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. **Defesa do aprofundamento da democracia**, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. **Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais**, bem como sua gestão democrática;
- VI. **Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;**
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. **Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física** (BRASIL, [2011], p. 23 – 24, grifo nosso).

Para a realização do trabalho com grupos feito pelos assistentes sociais, Moreira (2017, p. 140) faz a observação de que “[...] não há uma obrigatoriedade do mesmo se debruçar sobre uma bibliografia particular do Serviço Social para realizar tais estudos”. Porém, há a necessidade da realização de capacitação para os assistentes sociais aprenderem a lidar com essa demanda grupalizante, pois os profissionais não são capacitados criticamente, segundo Bisneto (2007), para comporem equipes multidisciplinares em grupos, na sua formação acadêmica. Há a necessidade de um profundo investimento sobre o instrumento “grupo” entre os assistentes sociais, especificamente no contexto da saúde mental e da reforma psiquiátrica,

em que a atuação do Serviço Social é orientada para o atendimento em grupos, pois assim podem utilizar-se deste momento para o reforço da reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental (BISNETO, 2007).

Todo grupo precisa ter a coordenação de um sujeito, sendo comum o assistente social como coordenador de grupos quando estes são realizados, como por exemplo, no grupo operativo, desenvolvido por Pichon-Riviere, em que o coordenador tem o papel de ser “coopensor”. O coordenador é “[...] aquele que pensa junto com o grupo, ao mesmo tempo que integra o pensamento grupal, facilitando a dinâmica da comunicação grupal” (FISCMANN, 1997, p.98). O coordenador tem a tarefa de

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

Sobre os atributos necessários para o coordenador de grupo no início da profissão e que já não são considerados atualmente, Zimerman (1997c) aponta que foram os seguintes: a) gostar e acreditar em grupos; b) ter amor às verdades; c) ter senso de ética; d) respeito; e) paciência; f) ter a capacidade de acolher, compreender e dar a resposta necessária; g) capacidade de conter as angústias; h) função de pensar junto ao grupo; i) capacidade de diferenciar o que pertence ao próprio sujeito ou ao outro; j) comunicação; k) empatia, entre outros atributos.

Os objetivos para utilização dos assistentes sociais do instrumento de trabalho ‘grupo’, “[...] estão diretamente relacionados com o intento do trabalho que eles realizam com o grupo e, neste sentido, com os próprios objetivos profissionais que eles pautam para o seu trabalho como um todo” (MOREIRA, 2017, p. 147). É possível identificar outros objetivos para a execução de grupos: a apresentação dos integrantes; estímulo da cooperação, autonomia e responsabilidade entre os participantes; trabalho com as questões de comportamento; criação de espaço para a escuta entre os integrantes (MOREIRA, 2017).

Pensar o trabalho em grupo desenvolvido pelos assistentes sociais, não requer um modo de como fazer grupos (MOREIRA, 2017), mas permite explorarmos a dimensão técnica-operativa do Serviço Social, e requer que os assistentes sociais, no que diz respeito aos grupos, se abram “[...] para assumir, a partir de bases marxistas, esta tarefa indispensável, urgente e ainda inconclusa” (MOREIRA, 2017, p. 160).

3.4 O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO REALIZADO POR MEIO DE GRUPOS NO HCTP

Ao se aproximar do trabalho do Serviço Social com grupos na atualidade, encontraremos certo esvaziamento nas referências bibliográficas sobre tal instrumento de trabalho. Esvaziamento que reflete na prática cotidiana profissional o que Minayo (2010, p. 17) fala quando expressa-se sobre “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Por isso, aqui trazemos a proposta da exposição de dois grupos que são realizados e tem a participação do setor de Serviço Social no HCTP em Florianópolis, sendo o Grupo Operativo e o Grupo de Apoio Familiar.

Compreende-se que a atuação dos profissionais de Serviço Social dentro do HCTP em Florianópolis em todas as atividades tem o compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, por isso, o processo grupal representa mais além do que a concretização deste compromisso, visa também o atendimento das necessidades sociais dos usuários, de forma que contribua para a compreensão das necessidade dos usuários e o acesso aos seus direitos (ROSA, 2009). Levando em consideração a maior aproximação que o setor de Serviço Social tem com os usuários do HCTP, considerando aqui parte deles, que são os pacientes sob medida de segurança e seus familiares, foi proposto por uma das assistentes sociais o Grupo Operativo e este último, com a colaboração da estagiária, o Grupo de Apoio Familiar.

Visando estes dois grupos realizados no HCTP, o Grupo Operativo e o Grupo de Apoio Familiar, utilizou-se de entrevistas semiestruturadas para se aproximar do objetivo geral desta pesquisa que é o de analisar o trabalho com grupos realizados pelo Serviço Social no HCTP, identificando suas bases teóricas de fundamentação, a fim de contribuir com a sistematização da prática profissional.

Foram entrevistados nos meses de junho e julho de 2018, sete dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do HCTP, aqui identificados pelo código E1 a E7 conforme indicamos na introdução do TCC. Foram entrevistados os seguintes profissionais: duas assistentes sociais, sendo uma delas a gerente de apoio médico psiquiátrico; enfermeira; diretor; terapeuta ocupacional, psicóloga e agente penitenciário. As entrevistas foram gravadas e/ou escritas e partiram de formulário com questionário disponível no Apêndice 1 – Formulário de Entrevista e autorização para tal entrevista em Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pretende-se beneficiar com a pesquisa, tanto a categoria profissional do Serviço Social; o HCTP que os grupos ocorrem, os outros HCTP, como a rede de atendimento na área da saúde

mental, sendo os CAPS, os centros de saúde, residências terapêuticas e comunidades terapêuticas; o grupo de pessoas que são atingidas por transtornos mentais, sendo estas as próprias pessoas com transtorno mental, como suas famílias e/ou responsáveis; visando com a pesquisa, poder ampliar a atenção às necessidades concretas dos participantes dos grupos, de forma que tragam mudanças efetivas em suas vidas.

O motivo de ordem teórica para realização deste TCC é a construção de uma referência bibliográfica que trate sobre o trabalho dos assistentes sociais com grupos; o motivo prático diz respeito ao desenvolvimento de mais um material que possa orientar a dimensão técnica-operativa profissional, neste caso o grupo; e por fim, os motivos pessoais, são de identificação da necessidade de material orientador para a prática do Serviço Social com grupos, visto ser uma prática de aproximação com as necessidades reais dos usuários e um instrumento interventivo causador de mudanças significativas na vida destes.

Sobre os grupos realizados no HCTP em Florianópolis, o Grupo Operativo e o Grupo de Apoio Familiar, o Entrevistado 2 opina que “*os assistentes sociais devem sim desenvolver atividades no campo grupal, sendo esta uma ferramenta de transformação na vida do usuário*” (E2).

Ao se aproximar dos resultados possíveis advindos do trabalho com grupos nesta instituição, o Entrevistado 1 menciona um deles, quando diz que “*alguns pacientes estão numa inércia, e os grupos tiram eles disso, dessa inércia que eles podem estar vivendo, os grupos dão autonomia pra eles também*” (E1).

As demandas para o Grupo de Apoio Familiar estão dentre a) as dificuldades e necessidades que este público têm para lidar com o transtorno mental; b) mudanças que devem ser realizadas para o tratamento da pessoa com transtorno mental após a alta; e c) a exposição para as famílias que após a alta do paciente, as mesmas podem contar com o apoio do Programa de Acompanhamento ao Egresso (PAE).

Com os grupos, foi possível identificar outras demandas dos usuários, como relatado pelo Entrevistado 7 quando declara que

O grupo é muito importante, o paciente com transtorno mental, além da medicação precisa da convivência em grupo e é uma maneira da equipe técnica perceber suas necessidades, é neste momento que a gente consegue perceber as necessidades dos pacientes. É também um momento em que a equipe técnica pode estar com eles (E7).

Interessa-nos compreender também os objetivos que visam o trabalho com grupos no HCTP, o que o Entrevistado 5 conclui quando diz que

Pensando em uma das propostas do HCTP que é o retorno dessas pessoas para a sociedade, os grupos contribuem para a preparação do retorno, prezam por trazer conteúdos e geram conhecimentos que preparam os pacientes para o retorno a sociedade, e as famílias para recebê-los (E5).

Como nas outras atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, em que é possível identificar as demandas e o que deve ser trabalhado junto aos usuários, é através do trabalho em grupos em que as demandas se apresentam de forma mais expressiva e podem ser trabalhadas pelas assistentes sociais. Sendo trazido pelo Entrevistado 5 uma expressão agravante que é o “*retorno dessas pessoas para a sociedade*”, sendo esta uma fala muito comum para os profissionais na instituição, o que nos revela uma problematização, afinal, essas pessoas ainda que reclusas, elas estão na nossa sociedade, mostrando o que é comum acontecer em nossa sociedade, responder de forma ainda excludente, as pessoas que já são marginalizadas.

Quando aproxima-se com este trabalho especificamente, identifica-se a necessidade do assistente social ter conhecimentos além de sua área, como é o caso de compreender sobre os transtornos mentais e seus sintomas. Com os grupos é possível identificar o que precisa ser trabalhado com o usuário, identificar dificuldades como a comunicação com a pessoa com transtorno mental que quando não há compensação da doença, torna-se difícil, bem como sua saída do HCTP e o compromisso com o tratamento de saúde.

Os transtornos mentais mais recorrentes no HCTP em Florianópolis e que exige o conhecimento das assistentes sociais para intervenção, são esquizofrenia, transtorno bipolar, a síndrome de Borderline, entre outros. É necessário que a profissional de Serviço Social saiba identificar os sintomas dos transtornos mentais dos usuários atendidos, pois os sintomas podem interferir em seu trabalho e revelar se o tratamento oferecido no HCTP está surtindo efeito ou não.

O atendimento grupal integra os principais instrumentos de trabalho utilizados pelo Serviço Social. A partir desses instrumentos pode-se prestar um serviço de qualidade tanto para os internos da instituição quanto para suas famílias. Esses instrumentos são criados e recriados de acordo com os objetivos e com as exigências da ação profissional no HCTP, tendo o objetivo como afirma Lima (2014), de contribuir no sentido de responder as demandas postas pelos usuários na perspectiva da cidadania e dos seus direitos.

O Grupo Operativo foi elaborado com base na proposta de trabalho de Pichon-Rivière para debater, informar, fazer trocas e outras ações pertinentes ao Serviço Social junto aos pacientes. Bem como foi criado o Grupo de Apoio Familiar, para junto à família “orientar, explicar e dar suporte técnico, a fim de prestar esclarecimentos de como portar-se com o tratamento do Portador de Transtorno Mental contribuindo para reinserção social [...]”

(FERREIRA, 2017b, p. 3). A seguir iremos expor sobre as dinâmicas de funcionamento de ambos grupos, bem como suas fundamentações teóricas e contribuições para a instituição e para os usuários.

3.4.1 O Grupo Operativo e a aproximação com os usuários

Há 16 anos no HCTP em Florianópolis, uma das assistentes sociais passa a executar o grupo operativo com os pacientes que atendia (FERREIRA, 2018), baseado na fundamentação teórica de Pichon-Rivière (1998) “O processo grupal”, elaborado nos anos de 1958 por este médico psiquiatra, o grupo operativo “tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal” (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 143).

Sobre a conceituação do grupo operativo, Fiscmann (1997) conceitua este como sendo composto por um conjunto restrito de pessoas com semelhanças que participam de uma tarefa com determinadas finalidades. Partindo da perspectiva de trabalho através do grupo junto a doença mental, tem-se a definição de loucura como uma

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

Compreendendo estas propostas feitas sobre o grupo operativo, a assistente social que teve seu trabalho acompanhado durante o estágio, ao executar o grupo operativo, uma vez por semana, desenvolveu-se os grupos sejam com dinâmicas de grupo, palestras e discussão sobre o assunto tratado, bem como com rodas de conversa e exposições/discussões de filmes. Com o acompanhamento feito e após um levantamento de temáticas trabalhadas neste período, foi possível mapear que

Diversos foram os temas trabalhados por meio deste grupo, alguns grupos, por exemplo, focou-se em: os benefícios da convivência em grupo; planos para o futuro; explicação sobre o que é a medida de segurança; rodas de conversas; continuidade do tratamento do transtorno mental pós desinternação; explicação sobre o BPC, Programa de Volta para Casa e o CAPS; exibição e discussão de filmes; entre outros (FERREIRA, 2018, p. 10-11).

O grupo operativo também utilizou destes momentos para execução de dinâmicas de grupos, partindo de que

Já a ‘Dinâmica de Grupo’ será entendida em nossos estudos como uma técnica de intervenção profissional operada recorrentemente no interior de uma atividade com grupo. A Dinâmica de Grupo precisa objetivo(s) demarcado(s) – e neste ponto envolve a definição do seu público-alvo, dos recursos necessários para a sua realização etc. – que vise contribuir com o alcance do(s) objetivo(s) do próprio grupo (MOREIRA, 2017, p. 74).

De acordo com o levantamento feito durante o período de estágio registrado no diário de campo, foram realizadas diversas dinâmicas de grupo junto aos pacientes durante as diversas execuções do grupo operativo, sendo elas: a) Dinâmica do cordão: cada participante passava o cordão para o outro participante sem soltar a parte que estava segurando. Em torno da reflexão, observou-se e teve a discussão junto aos usuários, sobre a responsabilidade das atitudes de todos refletir sobre todos, reflexão esta em torno da convivência em grupos, reforçando a não discriminação e eliminação de preconceitos; b) Dinâmica de desenho ‘O que sinto e o que quero para o futuro’: cada usuário ilustrou ou escreveu no papel, suas alegrias e tristezas por estar no HCTP e houve a reflexão sobre os desenhos com a perspectiva de reforço a reinserção social; c) Dinâmica ‘O corpo fala’: propomos a ilustração sobre os desejos dos usuários presentes e sobre o que o corpo deles expressavam; d) Dinâmica ‘Como você vê o seu futuro?’: usuários foram orientados a fecharem seus olhos e visualizarem o seu futuro, houve a reflexão com eles em torno da reinserção social, tratamento do transtorno mental e acesso aos seus direitos através dos serviços oferecidos pela RAPS; e) Dinâmica ‘O que você vê’: olhando para o espelho, os usuários respondiam o que eles viam no espelho, a reflexão acontecido foi realizada em torno da expansão dos indivíduos, eliminação de preconceitos e houve exposição de algumas demandas individuais, como questões familiares; f) Dinâmica sobre os animais e o que eles ensinam: foram entregues imagens de diversos animais e a reflexão fora realizada pelas estagiárias de Serviço Social e o Terapeuta Ocupacional; g) Dinâmica do jogo da velha: foi realizada uma revisão de conteúdos já antes abordados nos grupos operativos anteriores, com perguntas sobre o BPC, o Programa de Volta para Casa, a importância de realizar o tratamento da saúde mental, a utilidade dos CAPS, sobre as comunidades terapêuticas e residências terapêuticas, entre outras.

Nessas dinâmicas de grupos, bem como em todos os grupos operativos no HCTP, a assistente social esteve como coordenadora, em que teve a participação do co-cordenador quando algum profissional da equipe multiprofissional era convidado para participar, sendo comum a participação da psicóloga, enfermeiro, gerente jurídico, terapeuta ocupacional, entre outros.

A respeito da função do coordenador do grupo operativo, definiu-se que “a técnica de grupo operativo propõe a presença e intervenção de um coordenador, que indaga e problematiza, estabelecendo algumas articulações entre as falas e os integrantes, sempre direcionando o grupo para a tarefa comum [...]” (GAYOTTO, [1992] apud BASTOS, 2010, p. 166).

Este trabalho com grupos exigiu e faz com que a assistente social realize planejamentos, para além de definir a temática trabalhada junto aos usuários, e também que proponha objetivos para materialização do seu trabalho. Sobre o planejamento, Moreira (2017, p. 139) evidencia sobre este contribuir para a execução das atividades com grupos, pois o planejamento coopera para o trabalho do profissional nos momentos de imprevistos, e se isso acontecer poderá agir “[...] sem que isso obrigue os profissionais a abrirem mão dos objetivos inicialmente traçados para as suas ações”.

Ao se aproximar da dinâmica de funcionamento do grupo operativo, pode-se identificar as demandas ou temáticas para a realização deste que são trazidos pelos usuários, sendo as seguintes: a) dúvidas sobre o tempo de permanência na instituição, utilizando-se dos grupos para explicar para o usuário sobre o período da medida de segurança poder ser de um a três anos e que ela é finalizada com o laudo de cessação de periculosidade, logo, no momento em que a pessoa internada já não mais é vista como um perigo para a sociedade por conta de seu transtorno mental estar compensado/controlado pelo tratamento; b) dúvidas sobre seu futuro, em que são abordados temas como tratamento de saúde, CAPS, o uso de drogas, como lidar com o transtorno mental, as políticas sociais que alguns têm direito: BPC e Programa de Volta para Casa, explicação sobre as atribuições do assistente social, entre outras demandas.

Os temas abordados nos grupos operativos têm relevância, pois são assuntos que buscam ser construídos junto a todos os usuários participantes, no final de cada grupo é questionado a eles, o que desejam que seja trabalhado no outro grupo, bem como a assistente social identifica nos atendimentos individuais os assuntos pertinentes e recorrentes.

É unânime a adesão ao grupo e, a participação inclusive com ideias novas que os usuários julgam pertinentes a eles, o que é solicitado à coordenadora do grupo. Inclusive nos atendimentos individuais, sempre vem à tona os assuntos do grupo e o quanto tem sido uma ferramenta de transformação na vida dos mesmos (E2).

É possível observar que os grupos possibilitam a coletivização dos problemas, e que “[...] muitas vezes um aparente problema de um membro pode ser grupal, [...]” (KISNERMAN, 1977, p. 147), o que colabora para resolução, pois como identifica o Entrevistado 7, o grupo

operativo “[...] *é também um momento em que ele [o usuário] está mais seguro para falar de suas necessidades*” (E7).

Quando nos aproximamos da proposta de trabalho do grupo operativo, percebemos o viés terapêutico que este pode ter, quando afirmado que

Para Pichon Rivière, ‘o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma **função terapêutica**’. Todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas é terapêutico (FISCMANN, 1997, p.95, grifo nosso).

Por conta do viés terapêutico que é tido o grupo operativo, considerando a já mencionada Resolução n. 569, de 25 de março de 2010, que faz a vedação da realização de terapias pelos profissionais de Serviço Social, o Código de Ética do/a Assistente Social, da Lei n. 8.662/1993, acaba sendo um guia para o trabalho com o grupo operativo no HCTP, por considerar que

[...] não somos capacitados a realizar terapias e, por isso, devemos ter nítido nosso projeto ético político, nossa ‘matéria-prima’ de intervenção e nosso espaço sócio-ocupacional, para que possamos utilizar estes espaços para aprofundar os determinantes sociais que perpassam o cotidiano dos sujeitos, isto é, não cabe a nós a realização da terapia, porém, devemos estar atentos às condições de reprodução social dos sujeitos que, muitas das vezes, são expostas nestes espaços (ROCHA, 2012, p. 68-69).

O grupo “[...] procura diminuir o índice dos medos básicos, romper os estereótipos que os mantêm e poder enfrentar um futuro que emerge do próprio processo (DARÓS; GONÇALVES, 2009, p. 3)”, possibilitando o que o Entrevistado 1 menciona quando relata sobre o grupo ser “[...] *um momento onde a gente estimula os pacientes a participarem das atividades*” (E1).

Compreendemos assim as contribuições para os usuários, serem múltiplas com a execução do grupo operativo, como relata o Entrevistado 4

No grupo operativo além de trazer conhecimentos do meio externo atual, tira os pacientes do ócio, além de abordar assuntos como: higiene pessoal, importância do tratamento, estimular a participação nas atividades proporcionadas pelo HCTP, além da interação entre eles (E4).

O Serviço Social atua nas diversas atividades feitas junto aos usuários, bem como no grupo operativo, na perspectiva da construção da autonomia das pessoas com transtorno mental, pois

Ao se sentirem úteis eles readquiriam uma identidade social, às vezes até superior à que tinham antes de adoecer, e obtinham dessa maneira um intenso

processo de maturidade, sendo um fator muito importante nesse processo de identificação [...] (PICHON-RIVIÉRE, 1998, p. 146).

Com este trabalho é possível desenvolver sentimentos básicos de pertença, cooperação e pertinência nos usuários participantes, o que podem gerar grandes resultados (PICHON-RIVIÉRE, 1998). Ao buscar identificar as contribuições deste trabalho para a instituição, além de colaborar para a ressocialização da pessoa com transtorno mental na sociedade, o Entrevistado 6 conclui que o grupo operativo “*reflete em tudo, na segurança, no quadro psicológico, comportamental, etc. Nosso trabalho reflete no trabalho de todos; um setor tem ligação com o outro [...]*” (E6).

3.4.2 Acolhimento da família através do Grupo de Apoio Familiar

Ao se aproximar da relação família e Serviço Social, podemos identificar a família como sujeito privilegiado de atuação desde o primórdio profissional (MIOTO, 2010). Quando buscamos uma definição do que é família e como esta se constitui nos tempos atuais, recorreremos a Osorio (1997, p. 49) que nos esclarece ser “[...] tantas as variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas ou religiosas que determinam as distintas composições das famílias até hoje, que o simples cogitar abarca-las num enunciado integrador já nos paralisa o ânimo e tolhe o propósito”. A família de acordo com Miotto (2010) é compreendida em diversas configurações, sendo essas muito complexas, pois ela é construída e reconstruída durante toda a história e cotidiano por ter a capacidade de produzir subjetividades, bem como ser uma unidade de cuidado.

Ao buscar definição da família,

Consideremos, ainda, que a família pode se apresentar, grosso modo, sob três formatos básicos: a nuclear (conjugal), a extensa (consanguínea) e a abrangente. Por família nuclear entenda-se a constituída pelo tripé pai-mãe-filhos; por família extensa a que se componha também por outros membros que tenham quaisquer laços de parentesco, e a abrangente a que inclua mesmo os não-parentes que coabitem (OSORIO, 1997, p. 49).

Ao recorrer à saúde mental e seu entrelace com a família, observa-se que nas sociedades pré-capitalistas, o “louco” e a “loucura” foram remetidos como responsabilidades da família, passando para a questão pública, quando este não podia ser controlado (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003). Com isto, o modelo hospitalocêntrico de cuidado dos “loucos” atuava com a exclusão das famílias, e utilizava-se destas apenas como informantes da enfermidade (ROSA; MELO, 2009).

Desde a primeira ciência psiquiátrica, o alienismo já antes mencionado, a família ganhava destaque para a justificação do isolamento nos hospitais, pois as famílias foram vistas como causadores da alienação (ROSA, 2003). O que nos tempos atuais, com a reforma psiquiátrica brasileira já foi modificado, pois com esta, as unidades familiares são reconhecidas como ator político para defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental (ROSA; MELO, 2009).

Há muito tempo os profissionais mais antigos do HCTP em Florianópolis já percebiam a necessidade de trabalhar em grupo com as famílias dos internados, sendo proposto pelo Serviço Social um trabalho junto a estas no ano de 2017, uma vez que a equipe multiprofissional estava completa e que fora instituída uma sala multiuso que possibilitou a execução deste grupo. O Serviço Social valoriza este trabalho junto às famílias, pois este é o profissional que tende a ter a maior dedicação a este grupo no seu cotidiano de trabalho (ROSA; MELO, 2009), visando que o trabalho feito com familiares de outros pacientes reunidos possa surtir efeitos diferentes.

Fora proposto pelo Serviço Social a criação do Grupo de Apoio Familiar³ no HCTP no segundo semestre de 2017, considerando que as pessoas com transtorno mental internadas e suas famílias e/ou responsáveis, carecem de informações em torno do tratamento do transtorno mental que fazem parte de suas vidas.

Como fundamentação teórica do Grupo de Apoio Familiar, os planejadores partiram da Lei de Reforma Psiquiátrica e a centralidade da família⁴ nesta; bem como utilizaram-se através da obra de Rosa (2003) “Transtorno mental e o cuidado na família” para compreensão e para orientação do trabalho proposto.

Com todo o trabalho desenvolvido no HCTP, a equipe de Serviço Social da instituição, compreende a família como sendo a primeira instância que majoritariamente presta o apoio assistencial, que contribui para a alta hospitalar, porém não a responsabiliza quando não há

³ Este subitem tem como base o documento de estágio da escritora “Projeto de Intervenção: Grupo de Apoio Familiar do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis” (FERREIRA, 2017b), considerando que este foi o orientador para a criação do grupo e foi orientado pela assistente social supervisora de estágio.

⁴ Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, **a pessoa e seus familiares ou responsáveis** serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. [...] II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, **visando alcançar sua recuperação pela inserção na família**, no trabalho e na comunidade; [...] Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, **com a devida participação da sociedade e da família**, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. [...]. (BRASIL, 2001, grifo nosso).

apoio para isto acontecer. Também é possível identificar com os serviços prestados neste HCTP, sobre a família ser a mais afetada e não estar preparada para lidar com um membro da família com transtorno mental (MELMAN, 2001), pois alguns pacientes perdem todos os vínculos da família, outros familiares se recusam a dar assistência para seu familiar que está internado por diversos motivos, que puderam ser identificados, como o medo, a condição financeira, entre outros, podendo identificar também que há famílias que prestam total apoio para seus familiares, fazem visitas periódicas, conversam com os usuários através das ligações telefônicas que são disponibilizadas, etc.

Com a influência da experiência de Basaglia na reforma psiquiátrica brasileira, que propõe a humanização no tratamento da pessoa com transtorno mental internada e sua desinstitucionalização, o Serviço Social do HCTP valoriza o protagonismo da família buscando se aproximar desta e tendo entendimento de ser ela uma “[...] parceria na organização das propostas de cuidado social, planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental [...]” (ROSA, 2003, p. 75). Vale ressaltar que a equipe multiprofissional do HCTP e então, também as assistentes sociais, valorizam a aproximação com os familiares dos usuários da instituição, porém colocam em primeiro plano as possibilidades do que é melhor para as pessoas internadas e para seus tratamentos, um dos exemplos que podemos expor é o de, com o egresso do HCTP do usuário, este somente ser levado para sua família se ambos os lados, família e usuários, concordarem, pois se não for o mais eficaz para a continuidade do tratamento, os usuários são encaminhados para CT ou RT.

O Grupo de Apoio Familiar passa a ser valorizado pela equipe multiprofissional por compreender que “conhecer e ativar a rede social do portador de transtorno mental e de sua família permite acionar e criar recursos e potencialidades que podem agir como fator estimulador de saúde mental, fornecendo suporte social, afetivo e material” (ROSA, 2003, p. 74). A família passa a ser centralizada neste grupo institucional por considerar que “é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social” (ROSA, 2003, p. 81).

A dinâmica de funcionamento do Grupo de Apoio Familiar foi instalada conforme a dinâmica de horários do HCTP, este foi iniciado no mês de novembro de 2017. Instalado para acontecer na periodicidade mensal, foi estabelecido para ser realizado em todas a 2ª quintas-feiras de cada mês das 14h30 às 15h30, na sala multiuso da instituição, tendo como público-alvo os familiares de pacientes de 1º grau (que são os autorizados para realizarem as visitas de

acordo com as normas institucionais) de quem cumpre medida de segurança, e quando autorizada pelo profissional que conduzirá o grupo, os pacientes podem participar junto às suas famílias, a autorização é necessária, pois alguns temas precisam ser discutidos apenas com os familiares, por exemplo, quando discute-se sobre as dificuldades de se relacionar com seu familiar com transtorno mental.

Sobre o público-alvo do Grupo de Apoio Familiar, vale ressaltar que é aberto para os familiares de 1º grau dos usuários por uma decisão de organização interna deste HCTP, o que pode ter intervenção do setor de Serviço Social e ser aberto para outras pessoas, por este setor ter uma visão ampliada de família e compreender que as relações sociais vivenciadas pelos usuários atendidos, podem ir para além da família consanguínea e contribuir com seu tratamento.

A divulgação do grupo aconteceu através da entrega de Comunicação Externa pela profissional da Casa da Revista para os familiares, bem como foram entregues convites para as famílias na Festa de Natal que aconteceu no dia 14 de dezembro de 2017. A proposta do Grupo de Apoio Familiar foi de ter a execução com a participação da equipe multiprofissional do HCTP e a coordenação pelo setor de Serviço Social.

Quando questionado sobre a relevância do Grupo de Apoio Familiar para a instituição, o Entrevistado 5 afirma que

Quanto ao Grupo de Apoio Familiar, este é o momento que os familiares recebem muitas informações, tanto dos profissionais, quanto das outras famílias presentes e possibilita o conforto, diminuição das fantasias e traz os familiares para a realidade. Com as informações e trocas com os outros familiares, há a possibilidade de conhecer melhor as doenças. O Grupo traz o aprendizado! (E5).

Com a finalidade de “orientar, explicar e dar suporte técnico, a fim de prestar esclarecimentos de como portar-se com o tratamento do portador de transtorno mental contribuindo para reinserção social do mesmo” (FERREIRA, 2017b, p.3), a Entrevistada 2 afirma que o

Grupo de Apoio Familiar que era um sonho antigo, veio a se materializar através do apoio da estagiária [...], é fundamental o trabalho com o usuário, porém se a família não for trabalhada no seu contexto em conjunto com os outros familiares, o trabalho fica fragmentado e, o resultado não é o esperado pelo profissional, pois somente o trabalho individual não surte tanto efeito, sendo no grupo o momento em que aparece a empatia e as histórias parecidas são socializadas de modo que venha corroborar com o trabalho individual com as famílias, ou seja, o grupo é uma ferramenta de transformação (E2).

Tem-se como foco o trabalho multiprofissional com o Grupo de Apoio Familiar para que haja o fortalecimento dos vínculos familiares entre os pacientes e seus familiares, bem

como a liberdade da pessoa com transtorno mental infratora na sociedade, através de orientações para seu tratamento e suporte técnico. Com este trabalho em grupo, portanto, é possível concretizar que

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que não evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais [...] (AMARANTE, 2007, p. 82).

O Grupo de Apoio Familiar foi iniciado no HCTP com o objetivo de “organizar e dar início ao funcionamento do Grupo de Apoio Familiar fortalecendo os vínculos familiares com vista à futura alta do Portador de Transtorno Mental” (FERREIRA, 2017b, p.7) e segue com os seguintes objetivos específicos:

- Realizar palestras, oficinas e/ou rodas de conversas sobre a saúde mental através da equipe multiprofissional;
- Contribuir para o processo de desinternação;
- Preparar a família para receber o paciente após a alta hospitalar e orientar a continuidade do tratamento;
- Identificar as demandas familiares para serem trabalhadas neste Grupo (FERREIRA, 2017b, p.7).

Quando elaborado o Grupo de Apoio Familiar, teve-se como as principais questões para serem trabalhadas com os participantes, as seguintes:

- 1) Arguições sobre os transtornos mentais e seus sintomas, ensinando como lidar com o paciente e seu tratamento, explicando sobre a compensação do transtorno mental, como buscar ajuda quando necessário, de que forma portar-se frente a um surto psicótico, como cooperar para o uso da medicação e identificar quando isto não está ocorrendo;
- 2) Construção junto aos participantes de pretensões para o futuro, de acesso aos direitos que lhe são devidos;
- 3) Exposição sobre a relevância da continuidade do tratamento através do acesso aos serviços substitutivos ao internamento junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou a rede de atenção básica oferecida pelos Centros de Saúde e outros;
- 4) Despertar a esperança para retorno ao lar;
- 5) A troca de experiências entre os participantes, dentre outros fatores que poderão surgir e demandarão diferentes intervenções por parte da equipe multiprofissional (FERREIRA, 2017b, p. 8 - 9).

Aqui temos o relato de como desenvolveu-se os grupos que foram acompanhados pela estagiária nos seis encontros desenvolvidos desde novembro de 2017 até maio de 2018.

- Dia 09/11/2017 – Exposição e explicação do HCTP. Foi passado o vídeo de apresentação institucional. Coordenação: Assistente Social.
- Dia 11/01/2018 – Grupo em torno das dúvidas e questões trazidas pelos familiares: Programa de Acompanhamento ao Egresso e como este funciona; explicação de algumas normas institucionais, como por exemplo, a proibição da entrada de hidratantes; explicação sobre a medida de segurança, o

Programa de Alta Progressiva e as saídas terapêuticas. Coordenação: Assistente Social.

- Dia 08/02/2018 – Roda de conversa: “Como foi para vocês ao descobrir a doença?”. Explicação sobre como devem ser chamadas as pessoas com transtorno mental, abandonando a nomenclatura de louco. Reforço da importância da participação da família no tratamento de seus familiares. Coordenação: Assistente Social e Psicóloga.

- Dia 08/03/2018 – Apresentação sobre os transtornos psiquiátricos: esquizofrenia e bipolaridade. Reforço das normas institucionais (sobre o que pode ou não ser trazido para os pacientes) e debate sobre o prejuízo do uso de substâncias ilícitas. Coordenação: Assistente Social e Psicóloga.

- Dia 12/04/2018 – Explicação sobre o HCTP, sua historicidade, sua finalidade, o que é medida de segurança, a estrutura organizacional da instituição, equipe multiprofissional de atendimento, atividades oferecidas para os pacientes, importância de ser acompanhado pelo CAPS e UBS, Programa de Alta Progressiva e o Programa de Acompanhamento ao Egresso. Foi entregue a Ficha de Avaliação do Grupo de Apoio Familiar. Coordenação: Psicóloga.

- Dia 10/05/2018 – Exposição sobre a história de Nise, a proposição desta para o tratamento das pessoas com transtornos mentais. Explicação de que o hospital tende a ser substituído pelo tratamento oferecido pelo CAPS, apresenta-se também sobre as residências terapêuticas. Foi entregue a Ficha de Avaliação do Grupo de Apoio Familiar. Coordenação: Assistente Social e Psicóloga. (FERREIRA, 2018, p. 16).

Até o mês de acompanhamento pela estagiária, que fora o mês de maio, 6 encontros do Grupo de Apoio Familiar foram realizados, e nestes, 22 pacientes tiveram seu familiares presentes, sendo eles: mãe, pai, irmão/irmão, tio/tia; tendo alguns familiares a presença em mais de um encontro e outros familiares em sua maioria com uma única participação no grupo, o que revela a realização de grupos com poucos familiares que retornaram. O que foi possível observar é que os pacientes que tiveram a participação de familiares em mais de um encontro, tratou-se da participação do mesmo familiar, o que revela ter pacientes que possuem a visita de apenas um familiar.

Após reunião com a gerente de apoio médico, compreendendo a importância de serem abordados temas para além do Serviço Social, o calendário do Grupo de Apoio Familiar do ano de 2018 foi organizado e agendou-se a coordenação dos grupos para outros setores da equipe multiprofissional, ficando definido: mês de junho – Enfermagem; mês de julho – Terapia Ocupacional; mês de agosto – Medicina; mês de setembro – Educação Física; mês de outubro – Psicologia; e mês de novembro – Serviço Social.

Ao definir as ocorrências nos encontros do Grupo de Apoio Familiar, podemos considerar este como sendo um momento para a) troca de experiências entre os participantes; b) esclarecimento de dúvidas, seja sobre a dinâmica institucional, como do próprio transtorno mental e as articulações exigidas por este; c) interação da família com o transtorno mental

através de informações sobre a doença, os dispositivos de cuidado que compõe a RAPS; entre outros. O Entrevistado 1 relata ser *“o grupo de família, momento onde a família possa tirar suas dúvidas, compartilharem experiência. Não é um grupo do hospital, é um grupo do hospital para eles, então eles são os atores principais e não nós”* (E1).

Com o Grupo de Apoio Familiar é possível identificar as diversas dificuldades familiares, dentre elas a compreensão sobre as doenças, as possibilidades de mudanças com o tratamento de saúde, aproximação com as necessidades das famílias, a visualização das necessidades que precisam ser trabalhadas junto aos usuários.

Destaca-se que as unidades familiares encontram-se muito sobrecarregadas na atual conjuntura, com o crescente empobrecimento e mudanças demográficas. Os serviços de saúde mental têm que contribuir inclusive neste sentido, sobretudo aliviando o peso gerado pelas demandas de cuidado, dividindo encargos com as famílias (ROSA; MELO, 2009, p. 99).

Com o acompanhamento do Grupo de Apoio Familiar foi possível identificar o seu potencial para: a) aproximação e fortalecimento de vínculos que são estabelecidos; b) propagação do conhecimento em torno da saúde mental; b) expansão de egressos (FERREIRA, 2017b). O Entrevistado 6 menciona um dos potenciais *“quanto ao Grupo de Apoio Familiar, a ligação com a família e o paciente traz perspectiva de esperança para poder sair daqui [...]”* (E6).

Com a execução do Grupo de Apoio Familiar foi possível se chegar àquilo que Bisneto (2007, p. 197) compreende como importante, considerando que com a execução dos grupos pôde-se ainda que de forma superficial, “[...] analisar as relações sociais dos usuários com todas as instituições dominantes de que fazem parte, tais como trabalho, família, comunidade, religião, etc.”.

Identificando a relevância e contribuições do Grupo de Apoio Familiar para a instituição, o Entrevistado 7 salienta diversos aspectos que foram almejados quando planejou-se o Grupo de Apoio Familiar que *“é importantíssimo, pois já era algo que eu desejava há muito tempo (30 anos de trabalho no HCTP) por se aproximar das demandas das famílias e para o paciente não retornar para o HCTP, a família precisa ser trabalhada e informada do tratamento”* (E7).

O trabalho com grupos realizados pelo Serviço Social permite a concretização e a identificação de que

É uma ação de um sujeito profissional que têm competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. **Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de**

serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 21, grifo nosso).

Este grupo revela o que Rosa (2003) menciona sobre os novos serviços de saúde mental, o estabelecimento de parceria com as famílias, ajudando-as nas dificuldades e processos que estão associados aos cuidados, influenciando os participantes da defesa dos direitos, na militância em torno das políticas de saúde mental e na desconstrução da discriminação da loucura. O trabalho com grupo realizado pelo Serviço Social é de grande valor para instituição por conta da contribuição no tratamento dos usuários e reinserção na sociedade deles, mas também por ser um momento em que a assistente social utiliza-se para desenvolver seu trabalho e poder concretizar os seus deveres profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se aproximar através do estágio em Serviço Social de um campo-síntese para o assistente social como expressam Forti e Beiral (2014), que o profissional utiliza-se de diversas políticas sociais para sua atuação, tais como saúde, assistência social, legislação em torno da LEP, entre outros, torna-se impossível não compreender a possibilidade para exposição deste, principalmente pelo campo de estágio e então HCTP em Florianópolis, ser um modelo no que se trata na aproximação com a Lei de Reforma Psiquiátrica e ser um exemplo de atuação do Serviço Social com grupos.

Para compreensão de como se apresenta o trato com a saúde mental atual, resgatamos dados históricos de como o “alienado” ou “louco” fora tratado. Com esta aproximação histórica, percebe-se que a sociedade sempre teve dificuldade em se portar com o diferente, então os “loucos” foram isolados, compreendidos enquanto perigosos para a sociedade, uma vez que cometedores de infrações, esses sujeitos carregavam o estigma de “louco e bandido” e representavam um dos medos da sociedade. O desenrolar da história fez essas pessoas serem separados em hospitais psiquiátricos, e em manicômios judiciários.

A sociedade brasileira passou por diversas mudanças que exigiu desta a reforma psiquiátrica, os manicômios judiciários passaram a ser chamados de HCTP afim de prestarem serviços para as pessoas com transtorno mental que cometeram crimes, serviços para tratamento de seu transtorno mental, mudança da perspectiva de exclusão para a o do tratamento em medida de segurança. Sendo determinado pela LEP em 1984, a medida de segurança e após isso a Lei de Reforma Psiquiátrica em 2001, como mencionam Prado e Schindler (2017, p. 637), a medida de segurança no Brasil deve basear-se e ser executada conforme a “[...] crítica ao modelo hospitalocêntrico; desinstitucionalização; negação do caráter terapêutico do internamento como regra; e redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto”.

Com as exigências que o campo da saúde mental tem, o Serviço Social fora inserido nela em 1940, podendo a profissão acompanhar os processos de mudanças que a saúde mental teve desde então, convivendo hoje com desafios contemporâneos que a área apresenta (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015).

No ano de 1971, foi criada a instituição focada nesta pesquisa, o HCTP em Florianópolis, que como explica Prado e Schindler (2017), este faz parte do Sistema Prisional e é local para cessar a periculosidade, logo, para acabar com o que pode ser perigo para a sociedade, o que é questionável e criticado atualmente, pois diversos autores afirmam que esta

instituição deveria pertencer e ser conduzida pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e pelo SUS.

No contexto do HCTP e da inserção do Serviço Social neste, é preciso considerar que nos dias atuais existam profissionais que desenvolvam metodologias para suas intervenções, uma vez que estamos inseridos em uma sociedade dinâmica e com inúmeras atualizações diárias, Rosa (2009, p. 12) cita sobre a necessidade de existir “mais reflexões à discussão da intervenção do Serviço Social em práticas que não englobam as atribuições privativas dos Assistentes Sociais, mas que no seu fazer profissional dão corpo às suas competências”.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelo HCTP junto aos pacientes sob medida de segurança, interessou-nos o trabalho dos assistentes sociais com grupos, considerando ele como um campo ainda explorado de forma insuficiente, como define Moreira (2017, p. 28), que ainda “[...] possamos contribuir com o processo de estudo, difusão e implementação prática dessa técnica social que acreditamos revelar importantes potencialidades”.

Com toda aproximação realizada do trabalho do Serviço Social com grupos como respostas para a área da saúde mental, especificamente no HCTP em Florianópolis, o **grupo operativo e o Grupo de Apoio Familiar**, considerando a intervenção da profissão sobre a questão social, podemos identificar que

Há um terreno fértil nas relações entre sociedade e sofrimento mental [...] para um Serviço Social que tem na ‘questão social’ a base de sua fundação, questão social esta que compreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 1998, p. 27 apud BISNETO, 2007, p.179).

Além disso, o que mais nos chamou atenção para explorar sobre o instrumento de trabalho do assistente social, o grupo, é relatado pelo Entrevistado 5, participante de nossa entrevista semiestruturada, em que resume os benefícios dos grupos junto aos usuários: “*O grupo traz à tona suas subjetividades, dá a oportunidade deles falarem sobre suas histórias. É um trabalho que junto às outras atividades, vão contribuindo para melhora deles*” (E5).

Pode-se identificar que os grupos colaboram para a efetivação do trabalho prestado pelo Serviço Social na instituição, permitindo que o Assistente Social materialize junto aos usuários o Código de Ética do/a Assistente Social, Lei n. 8.662/1993, atuando em conformidade com os princípios fundamentais orientadores da profissão, tais como a liberdade, a autonomia, o conhecimento sobre os direitos, a eliminação de preconceitos, acesso aos direitos, etc.

Com o intuito de identificar diferença entre os dois grupos apresentados, pode-se identificar o grupo operativo enquanto um instrumento de trabalho para aproximação do Serviço Social somente com as demandas e necessidades dos usuários do HCTP, enquanto o

Grupo de Apoio Familiar, como um instrumento de trabalho para aproximação das necessidades das famílias dos usuários do HCTP, permite que seja identificado as dificuldades que os próprios familiares têm em lidar com seu familiar que tem transtorno mental, bem como permite que as próprias famílias ofereçam orientações entre elas mesmas. O Grupo de Apoio Familiar, assim como expressa Melman (2001) revela que nenhum grupo familiar está preparado para ter um membro com transtorno mental (apud ROSA; MELO, 2009), por isso, é importante investir em abordagens de assistência em saúde mental para a família, compreendendo também que a ausência da família no tratamento da pessoa com transtorno mental, pode comprometer tanto a vida da pessoa doente, quando a sua inserção social (VASCONCELOS, 2000).

A aproximação com a família possibilita que os direitos dos usuários do HCTP sejam assegurados.

Podemos então construir novas possibilidades de práticas emancipatórias junto à família, [...] e formular propostas para promover avanços no lidar com a ‘questão social’, a exclusão, o estigma, o não-reconhecimento da cidadania, a falta de serviços efetivos, a desconsideração dos direitos sociais, a falta de trabalho e moradia e o descaso com a previdência (BISNETO, 2007, p. 207).

Por fim, muitos são os desafios encontrados com toda a pesquisa realizada, dentre elas, o cumprimento da medida de segurança conforme os princípios da reforma psiquiátrica agindo para a desinternação, mas também o fortalecimento da RAPS para o acompanhamento dos egressos do HCTP (PRADO; SCHINDLER; 2017). Os grupos são compreendidos pelo Entrevistado 3 como

Indispensável, partindo do pressuposto de que vivemos em sociedade, em ‘coletivo’ tanto no contexto atual como na pós-internação. É nesse espaço que o profissional observa a estruturação das ideias dos participantes e como o mesmo lida com as críticas (E3).

Apesar de o Grupo de Apoio Familiar revelar sobre a necessidade de formar vínculos entre os pacientes e seus familiares, o grupo espelha a exigência da continuidade da realização do grupo, por ser a construção de vínculo algo trabalhoso e muitas vezes demorado. Teve conquistas com a aproximação dos familiares dos pacientes, mas há muito o que ser feito, como por exemplo discussões sobre meios para que o cumprimento da medida de segurança seja desenvolvido através de serviços ambulatoriais, o que é possível ser proposto e cobrado no Estado catarinense com discussões e união entre os usuários das políticas de saúde mental.

O instrumento grupo desenvolvido pela assistente social e relatado aqui, coopera para os avanços que se propõe, neste caso, na área da saúde mental, que é a efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental, sendo necessários por isso, maiores investimentos na dimensão técnica-operativa do Serviço Social, especialmente dos grupos. Na instituição o

trabalho com grupos revela uma profissional que deseja se aproximar das demandas trazidas pelos usuários que atende e mostra um momento para dar respostas a estas demandas, ainda que falte material especificamente da área do Serviço Social para orientação da sua prática e ora as respostas dadas pela profissional tenha um viés terapêutico. Por isso exige que a assistente social no trabalho com grupos, saiba fazer um filtro do que lhe é demandado para sua intervenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a temática da “Sistematização da Prática” no Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**/ organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

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

AROUCA, A. S. S. Saúde é democracia. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BASTOS, Alice Beatriz B. Iziq. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. In: **Formação**, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

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

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão – 9 ed. Revisada e atualizada – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 17 ago 2018

_____. Portaria Interministerial n. 1777, de 09 de setembro de 2003. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>>. Acesso em: 26 set 2018.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde**

mental. Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%C2%BA-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>>. Acesso em: 18 ago 2018.

_____. Lei n. 8.142, 28 de Dezembro de 1990b. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf> . Acesso em: 08 set 2018.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 set 2018.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 14 Set. 2018.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 – 243, ago/dez. 2010.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 16-29 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2018.

CERQUEIRA, Gelba Cavalcante de. **Modelos teóricos de serviço social de grupo: adaptação ou transformação?** / Gelba Cavalcante de Cerqueira. – 2 ed. – São Paulo: Cortez, 1981.

CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** Brasília, CFESS, 2012.

_____. Resolução n. 569, de 25 de março de 2010. **Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf>. Acesso em: 22 set 2018.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosimeire dos. O trabalho do/a assistente social na saúde mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate. **Revista EDUC** - Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03- Nº 1/Jan-Jun, 2016.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind and RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Esc. Anna Nery** [online]. 2006, vol.10, n.4, pp.671-677. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400008>>. Acesso em: 30 ago 2018.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros. A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. **Modalidades de tratamento e encaminhamento:** módulo 6. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 152 p. – (SUPERA:

Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni). Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf>. Acesso em: 13 set 2018.

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

_____, Rita de Cassia Ouriques. **Resumo sobre o HCTP**. Documento interno HCTP Florianópolis, 2017.

_____, Rita de Cassia Ouriques. **Diagnóstico Institucional**. Documento interno HCTP: Florianópolis, 2004.

DELGADO, P. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, p. 39 – 83. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre, Artmed, 2007.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é o serviço social**. Editora Brasiliense, 3ª ed., 1985.

FERREIRA, Danielly L. M. **Relatório final de estágio**: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC. 22 f. Relatório Final de Estágio – Serviço Social, UFSC, 2018.

_____, Danielly L. M. **Plano de estágio**: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC - Período 2017.1 a 2018. 47 f. Plano de Estágio – Serviço Social, UFSC, 2017a.

_____, Danielly L. M. **Projeto de intervenção**: Grupo de Apoio Familiar do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis. 12 f. Projeto de Intervenção de Estágio – Serviço Social, UFSC, 2017b.

FERREIRA, Alexandre Batista. ARAÚJO, Kesia Miriam Santos de. A importância do Serviço Social na assistência à saúde mental. **Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade**, v.6, n.1, p. 11 – 27, junho de 2015.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciênc. saúde coletiva**. 2016, vol.21, n.7, p. 2101-2110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2101.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FISCMANN, Janice B. Como agem os grupos operativos? In: **Como trabalhamos com grupos**. Organizadores: David E. Zimmerman, Luiz Carlos Osorio... [et al] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 95 – 100.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, 1, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em: 24 set. 2017.

FORTI, Valeria; BEIRAL, Thais. Desinstitucionalização e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: notas para o debate. In: **Serviço social e temas sociojurídicos: debates e experiências**/ Eunice Fávero, Dalva Azevedo de Gois, organizadoras. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

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

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva: São Paulo, 1961.

HCTP. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Documento Interno. Florianópolis, junho, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. Ed - São Paulo, Cortez, 2009.

IANNI, Otavio. A questão social. In: **São Paulo em perspectiva**. São Paulo: Fundação SEADE, v. 5, n.1, p. 2 -10. Janeiro/março 1991.

INSS. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)**. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>>. Acesso em: 29 mai 2018a.

_____. **Auxílio-doença**. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/>>. Acesso em: 29 mai 2018b.

KISNERMAN, Natalio. **Serviço Social de Grupo: uma resposta ao nosso tempo**. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis, Vozes, 1977.

LEBRE, Marcelo. **Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?** Belo Horizonte: 2012. P. 273-282. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_02_02/06_ResponsabilidadesV2N2_Norte02.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

LIMA, Maria Mayara. A política de saúde mental e o encarceramento: práticas, tratamento e incoerências na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte. **I Seminário Internacional de Pesquisa em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social**, Franca, 2014.

LISBOA, Teresa Kleba e RIBEIRO, Edaléa Maria. Pressupostos para a intervenção profissional em serviço social. In: Revista **Emancipação**, Ponta Grossa, 12(1): 143-153, 2012. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 23 set 2018.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil** / Roberto Machado ... /et al. / - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 09 set 2018.

_____. Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014a. **Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 26 set 2018

_____. Portaria n. 2840, de 29 de dezembro de 2014b. **Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal**.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 26 set 2018

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Folder explicativo do Programa “De Volta para Casa”**. Ministério da Saúde, 2003.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org).

Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

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

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com famílias e serviço social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica** – 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

MOREIRA, Mariana Rodrigues. **Onde moram os invisíveis** – Histórias de quem ama, protege e espera os pacientes do único Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Jornalismo, UFSC, 2014.

MOURA, Heline Caroline Eloi; FARIAS, Drielly Tenório Marinho; SILVA, Gabriela de Almeida. A atuação do serviço social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos. **I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos**. Londrina PR, de 09 a 12 de Junho de 2015.

MOUTINHO, Cintia Gil Cavalcante. Casas de passagem: experiências de desinstitucionalização, *empowerment* e interdisciplinaridade na saúde mental. **A prática do assistente social na saúde mental**. Organizadores: Erimaldo Matias Nicacio, José Augusto Bisneto, org. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

NICACIO, Erimaldo Matias. Clínica e cidadania em saúde mental. In: **A prática do assistente social na saúde mental**. Organizadores: Erimaldo Matias Nicacio, José Augusto Bisneto, org. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**./ organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 435 – 472, 2008.

OLIVEIRA, Eleusa Klipp de. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico frente à Reforma Psiquiátrica**: Desafios e possibilidades. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

OSORIO, Luiz Carlos. A família como grupo primordial. In: **Como trabalhamos com grupos**. Organizadores: David E. Zimmerman, Luiz Carlos Osorio... [et al] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 49 – 58.

PAILI: **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Organizador: Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Organizador: Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e sociedade**: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora. 2009.

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

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, Ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set 2018.

RESENDE, H.. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes. 2007.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais**: limites, desafios e possibilidade. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso. – Curso de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, 2012.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental? **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27 – 50 jan./jun, 2012.

ROSA, Franciny Cordioli da. **Restituição da cidadania ao Portador de Transtorno Mental**: Uma experiência com grupo operativo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso. – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. VII -VIII, n. 7-8, Dez. 2009.

_____, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 1ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SA, Evelin Naked de Castro. O manicômio judiciário: saúde ou justiça ?. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1985, vol.19, n.5, pp.389-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101985000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2018.

SANTA CATARINA. Decreto nº 4.283, de 27 de setembro de 1994. **Documento de Regimento Interno do HCTP**. Florianópolis, 1994.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; PEREIRA, Maria Odete; ALVES, Marília. O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300215&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2018.

_____, Ana Flávia Ferreira de Almeida. ALVES, Marília. Realidade de um manicômio judiciário na visão de profissionais: do tratamento à segregação. **Revista Min. Enferm.** 2015 abr/jun, 19 (2): p. 133 – 14.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SOUZA, Herbert José de. **Como se faz análise de conjuntura**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

TORRES, Zélia. **A ação social dos grupos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

VARGAS, Danieli Cristina. **A atuação profissional do serviço social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina**. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

YAZBEK, Maria C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social, In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 143-164.

ZIMERMAN, David E. Fundamentos teóricos. In: **Como trabalhamos com grupos**. Organizadores: David E. Zimerman, Luiz Carlos Osorio... [et al] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a, p. 23 – 31.

_____, David E. Fundamentos técnicos. In: **Como trabalhamos com grupos**. Organizadores: David E. Zimerman, Luiz Carlos Osorio... [et al] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b, p. 33 – 40.

_____, David E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: **Como trabalhamos com grupos**. Organizadores: David E. Zimerman, Luiz Carlos Osorio... [et al] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997c, p. 41 – 47.

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</p> <p>CURSO: SERVIÇO SOCIAL – 4º ANO</p> <p>PROFESSORA ORIENTADORA DE TCC</p> <p>ACADÊMICA: Danielly Larice Moreira Ferreira</p> <p>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: Analisar o trabalho com grupos proposto pelo Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC, identificando suas bases teóricas de fundamentação, a fim de contribuir com a sistematização da prática profissional.</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semiestruturada</p> <p>SUJEITOS DA PESQUISA: Profissionais do HCTP de Florianópolis/SC.</p>	
<p>DATA DA ENTREVISTA: __/__/2018</p>	<p>Nº DA ENTREVISTA: _____</p>

1. Você conhece o trabalho realizado pelo Serviço Social com grupos no HCTP?
2. Conhece a dinâmica de funcionamento?
3. Você considera relevante para a instituição o trabalho com grupos? Por quê?
4. Já observou/ ouviu dos usuários (pacientes) relatos sobre os trabalhos desenvolvidos nos grupos feitos?
5. Quais contribuições você percebe que o Grupo Operativo e o Grupo de Apoio Familiar proporcionam para o trabalho proposta pelo HCTP?

APÊNDICE 2 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS/SC

Pesquisador responsável: Liliane Moser

Pesquisador colaborador: Danielly Larice Moreira Ferreira

Convidamos a participar de nosso projeto que tem o objetivo de aproximar-se do trabalho do Serviço Social com grupos desenvolvido no HCTP Florianópolis/SC, que para isso será realizado entrevistas e observação participante, a fim de compreender e ter material bibliográfico sobre a execução de grupos e o Serviço Social, bem como material que evidencie que estes grupos colaboram para a concretização do tratamento oferecido pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC. Durante a execução do projeto é possível que ocorra desconforto nos profissionais quanto a forma como será utilizada sua falas, porém antes de serem transcritas as falas e colocações para o TCC, as falas serão mostradas e autorizadas para serem utilizadas pelos seus respectivos autores.

O projeto tem a proposta de expandir as referências bibliográficas e o conhecimento a respeito da atuação dos Assistentes Sociais com grupos, especificamente na área da saúde mental.

- Este termo será entregue em duas vias. Ficando cada uma para os envolvidos na entrevista.
- Esta conversa não propõe nenhuma despesa ou retorno financeiro.
- A participação na pesquisa te fornece o direito de obter maiores informações ou poder solicitar o cancelamento a qualquer momento, apenas informe o pesquisador responsável ou o pesquisador colaborador através de contato fornecido.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Nome do sujeito da pesquisa/ou responsável:

Assinatura:

Nós Liliane Moser e Danielly Larice Moreira Ferreira, declaramos que fornecemos todas as informações referentes ao projeto ao participante.

Profa Liliane Moser

Pesquisadora Responsável

Fone: XXXXX-XXXX

Aluna Danielly Larice Moreira Ferreira

Pesquisador colaborador

Fone: XXXXX-XXXX