

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

**UNIDADE DE GESTÃO PARTICIPATIVA – UM ESPAÇO PARA A
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Federal
de Santa Catarina, para a obtenção do
título de Assistente Social orientado pela
professora Jucília Vieira de Castro.**


Marly Venzon Tristão
Cada do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

ROBERTA GABRIELLA CARDOSO

Florianópolis,

novembro de 2000

AGRADECIMENTOS

“Gostaria de agradecer a todos que possibilitaram a produção deste trabalho.

Aos meus pais Zênio Ivan Cardoso e Ondina Gaspar Cardoso, e irmãos Renata, Anelise, Gabriel e Guilherme por todo amor, compreensão e dedicação.

Ao Márcio por dar um sentido especial a minha vida.

A Supervisora Ana Cristina de Souza pela dedicação, a minha Orientadora Professora Jucília Vieira de Castro pelo carinho e paciência.

E especialmente a todos os Portadores de Transtornos Mentais que aprendi a respeitar.”

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO	04
CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL	06
1.1 A psiquiatria no Brasil – O surgimento de uma nova Concepção de saúde mental.....	06
1.2 A história da psiquiatria em Santa Catarina - A Trajetória histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.....	12
1.2.1 O Serviço Social no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.....	15
1.2.2 Plano de atuação nas Unidades de Internação Psiquiátrica.....	15
1.2.3 Plano de atuação no Centro de Convivência Sant'Ana.....	16
1.2.4 Plantão do Serviço Social.....	17
CAPÍTULO II - A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	18
2.1 O estigma da doença mental e a reabilitação psicossocial	18
2.2 A reabilitação como um novo tratado ético.....	21
CAPÍTULO II - A REABILITAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA	22
3.1 O Centro de Convivência Sant'Ana e os projetos de reabilitação.....	22
3.2 Uma experiência vivenciada na Unidade de Gestão Participativa.....	29
3.3 Situando a pesquisa.....	34
3.4 Unidade de Gestão Participativa – A percepção da família, dos profissionais. e dos pacientes frente ao Projeto	37
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
6. ANEXOS	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho responde à exigência do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social.

Nosso trabalho no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina fala sobre a *Reabilitação Psicossocial do paciente portador de transtornos mentais*.

A opção por este trabalho veio crescendo ao longo de dois anos de estágio de prática supervisionada o que nos foi proporcionado em uma Instituição Psiquiátrica, no campo de trabalho social.

Nosso objetivo com este trabalho é mostrar a importância de uma Unidade de Gestão Participativa no processo de reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais.

Para atingir esse objetivo realizamos pesquisa qualitativa no período de setembro a novembro de 2000, no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Fizeram parte de nosso universo de pesquisa seis pacientes internas na Unidade de Gestão Participativa, seus familiares e os profissionais que atuam neste projeto.

Pretendíamos trabalhar com os respectivos familiares de todas as pacientes que fizeram parte da nossa pesquisa, critério esse inviabilizado devido à dificuldade dos familiares de duas pacientes em comparecer ao hospital no período em que esta se realizou.

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos a entrevista tendo um roteiro como referência. As entrevistas não foram gravadas. Para complementar as informações, consultamos os prontuários, bem como literaturas referentes ao assunto abordado.

Tratando de *Reabilitação Psicossocial do Portador de Transtornos Mentais*, acreditamos que o seu estudo deva interessar, de sobremaneira, a profissão que escolhemos, pois a luta no sentido de acabar com preconceitos, articular forças e preparar o usuário para mudanças são princípios em que apóia a profissão.

Diante deste contexto, faz-se necessário abordarmos em nosso trabalho a trajetória da psiquiatria no Brasil, identificando as mudanças concretas que vem ocorrendo nos hospitais psiquiátricos como o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Estes tópicos são tratados no primeiro capítulo.

No segundo capítulo, falamos sobre o estigma da doença mental e do trabalho reabilitacional junto aos portadores de transtornos mentais como um novo tratado ético.

No terceiro e último capítulo, apresentamos os projetos de reabilitação que fazem parte do Centro de Convivência Sant'Ana-IPQ, evidenciando aquele ao qual nos vinculamos, a Unidade de Gestão Participativa. Abordamos a questão da Reabilitação vivenciada pelo portador de transtornos mentais, seus familiares e profissionais que com estes trabalham, relatando analiticamente suas experiências, identificadas em investigação junto aos mesmos, de modo a refletirmos o papel dos profissionais, do projeto (UGP) e da própria família no processo de reabilitação e o significado deste trabalho para os portadores de transtornos mentais.

CAPÍTULO I

TRAJETÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

1.1 A psiquiatria no Brasil - O surgimento de uma nova concepção de saúde mental

A história da psiquiatria é uma história de apropriação. A instituição psiquiátrica é construída apropriando-se da loucura e transformando-a em doença mental, inventa seu objeto e instala lugares “apropriados” para controlá-la (GRIGOLO, 1995, p.30).

Ao realizar um histórico sobre a assistência à saúde mental no Brasil, Resende (1987) afirma:

Exclusão, eis aí, numa só palavra a tendência central da assistência psiquiátrica Brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores.

Na idade média, principalmente entre os séculos XIV e XV a loucura era um fenômeno que convivia na sociedade sem restrições, era vista com um certo misticismo e o “louco” podia participar do cotidiano sem ser discriminado.

Em alguns casos, o Portador de Transtornos Mentais era exaltado, valorizado, em especial através das artes.

Porém, com a Revolução Industrial, a loucura passou a ser compreendida pela “razão”, ou seja, numa sociedade onde todos deveriam fazer parte do processo produtivo, o portador de Transtornos Mentais era visto como inadaptável e perturbador da ordem vigente. Nesse período ocorre uma mudança brusca e o mundo da loucura passa a ser o mundo da exclusão (FOUCAULT, 1988 p.75).

Criam-se, assim, locais destinados a esses excluídos: loucos, mendigos, velhos, inválidos, ladrões e outros. Esses hospitais eram conhecidos como

hospitais gerais, que não tinham, na realidade, qualquer outro caráter médico, ou de tratamento humanizado.

A partir do século XVIII criam-se casas de internação destinadas aos portadores de transtornos mentais, passando estes a serem tratados pela psiquiatria. A medicina então se apropria da "loucura", como seu objeto de conhecimento. "A loucura" ganha valor de doença. Cabe destacar que neste período rompeu-se com as práticas repressivas e de coerção física, mas não em seu aspecto moral, onde era negada ao portador de transtornos mentais a sua condição humana.

Nesse período, o portador de transtornos mentais era submetido a um controle tanto social, quanto moral. Havia a concepção de que a "cura" se dava criando nele um sentimento de culpa, de dependência, humildade e reconhecimento que constituía a base moral da família. Ao médico cabia recorrer às ameaças e punições das mais diversas.

Historicamente no Brasil, a assistência voltada para os "doentes mentais" teve um caráter de segregação, ao passo que se empreende a privação do convívio social, o que vai se agravando com o passar do tempo. Nos relatos e crônicas dos viajantes que escreveram sobre os costumes e a vida social da época do Brasil Colônia, considerando a história, supõe-se que os portadores de transtornos mentais, desde que considerados inofensivos, podiam andar livremente pelas cidades, sujeitos a serem ridicularizados pelo povo e vivendo de esmolas, não recebendo assistência para uma condição de vida mais sadia. Aos portadores de transtornos mentais que apresentassem comportamento violento, ou considerado indecoroso, restava o recolhimento às prisões compartilhando o destino com criminosos.

No final do século XVIII, nas ruas, a presença do doente mental se fazia notar. Desde então, as Santas Casas de Misericórdia passaram a incluir os doentes mentais entre seus hóspedes. Estes recebiam tratamento diferenciado dos demais usuários, eram encarcerados, reprimidos por espaçamentos ou contenção. Não recebiam qualquer assistência médica.

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em um contexto de "ameaças" à ordem e à paz social, ameaças essas provocadas pelo livre

trânsito dos doentes mentais que possuíam atitudes que “se contrapunham” às normas impostas pela sociedade.

O Imperador D. Pedro II percebeu a necessidade de lhes oferecer um novo tratamento, sendo assim, em 1852, refletida nas teorias e técnicas já existentes na Europa, foi inaugurada a 1ª instituição psiquiátrica que recebeu o nome do Imperador. O hospício D. Pedro II situava-se na Praia Vermelha, um aprazível bairro de classe média, sob a alegação da necessidade de se proporcionar aos doentes calma, tranqüilidade e espaço. Esta instituição tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo o império. Ao abrir, já abrigava 144 doentes, número que se elevou rapidamente até atingir a locação completa pouco mais de um ano depois. Asilos, uma vez abertos, se viam em pouco tempo cheios pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais. Esta foi uma tendência constante ao longo de toda a história e até os tempos atuais.

Nos seus primeiros 40 anos de existência, as instituições psiquiátricas mostraram sua função segregadora. Essas instituições eram administradas por leigos, na sua maioria por religiosos, a assistência era prestada empiricamente,.

Buscando retomar a tutela sobre a questão da saúde e doença mental, que entendia como seu objeto de estudo, a classe médica desnuda a situação desumana vivenciada pelos portadores de transtornos mentais. Os médicos realizavam então visitas às várias instituições da Europa e constatavam que, nas instituições onde os portadores de transtornos mentais realizavam trabalhos para retribuir os gastos com seu tratamento, havia um elevado número de recuperação.

Baseadas nessa observação, surgem as colônias agrícolas construídas em locais afastados das cidades. Apesar do seu discurso inicial, as instituições continuaram a recolher os marginalizados da sociedade, acarretando um crescimento descontrolado de sua população.

Na década de 50, a construção de novas instituições psiquiátricas não conseguia atender a crescente demanda.

Em 1964, após o Golpe Militar, inicia-se um novo período na psiquiatria onde surgem as instituições psiquiátricas privadas. Neste período, houve um acentuado estímulo por parte das redes ambulatoriais que começaram a ver, na privatização dos hospitais, uma fonte de riqueza. O Estado passa então a destinar verbas do setor público para a manutenção das redes privadas de assistência psiquiátrica utilizando o discurso que os hospitais privados prestam melhor tratamento ao portador de transtornos mentais. A assistência passa a ser comercializada e o tratamento torna-se um produto a ser vendido. É a presença marcante do capitalismo, onde a permanência do paciente significava estadia, e como tal, dinheiro.

O ano de 1968 marcou o início de um período de grande aquecimento da economia, evidenciado por altas taxas de crescimento do PNB e redução drástica da ociosidade na Indústria.

Segundo o Economista Paul Singer, o ano de 1973 apresenta sintomas evidentes de escassez de mão de obra, inclusive de baixa qualificação. Por outro lado, encontramos crescentes índices de internações em hospitais neste período, de modo que surgiu a necessidade de trabalhar para manter o doente na comunidade, investindo em técnicas, procurando o reestabelecimento do portador de transtornos mentais sem retirá-lo do seu meio.

Porém, com o término do crescimento econômico, o tratamento extra-hospitalar deixa de ser economicamente interessante e a instituição volta a assumir seu papel, que por tanto tempo vinha desempenhando com bastante eficácia, o que nada mais era do que recolher, segregar e excluir o portador de transtornos mentais.

No ano de 1979 veio ao Brasil um psiquiatra famoso, o italiano Franco Basaglia, para uma série de conferências em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. As palestras e os debates realizados pelo Brasil, foram reunidos no livro: "A Psiquiatria Alternativa", de onde transcrevemos o horror sentido pelo médico ao se deparar com o quadro do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena:

Basaglia, que neste dia vira uma situação que ele próprio chama de "pior do que um campo de concentração", comove a platéia. Ele viu mil e seiscentas pessoas em pátios imundos, caídas no meio das fezes, nuas e algemadas (...) ouviu frias afirmações : Frente a um doente que você sabe que nem psicotrópicos, nem qualquer outro tratamento têm efeito, a solução é usar o método medieval: algemas e 'pegemas' e deixá-lo apodrecer numa cela até que apareça um neurocirurgião que transforme essa pessoa, tirando-lhe à vontade e as emoções, num ser vegetativo (Basaglia, 1979, p.137).

No Brasil, o tratamento em instituições psiquiátricas se mostrou historicamente inadequado. As instituições usurparam dos internos sua identidade, seus muros os levaram gradativamente a uma condição de impotência gerando, nos portadores de transtornos mentais, o sentimento de incapacidade de decidir sobre sua existência.

A desinstitucionalização é um desejo ascendente e irreversível, que se espalha por todo mundo, abrindo espaço para alternativas de tratamentos mais humanizados. Esses segmentos vêm forçando os estados a criar redes de assistência psiquiátrica e elaborar leis que forcem as instituições a criar estruturas que assistam o portador de transtornos mentais em suas necessidades básicas respeitando e resgatando a sua cidadania. O Movimento Anti-Manicomial tem influenciado toda essa nova concepção referente às políticas de saúde mental.

Em 1987, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental representando um marco histórico, no que se refere à discussão sobre a psiquiatria no Brasil. Como consequência, passou-se a ter uma nova visão de saúde mental, priorizando recuperar a cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Os anos 80 foram marcados pelas conquistas dos movimentos sociais, onde se reivindicava o respeito à pluralidade, e no cenário econômico, pelos enxugamentos dos investimentos sociais.

Entre avanços sociais e o recuo econômico, novos projetos vão surgindo, com eles vem o projeto do deputado Paulo Delgado, que merece destaque pelo fato de propor a extinção progressiva de manicômios. Dentre a sua justificativa, ressalta:

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a justiça e o direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar, da única forma possível, o atendimento psiquiátrico a população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadão (Delgado, 1991, p.3).

Tal projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados e criou grande polêmica junto a Federação Brasileira de Psiquiatria, que se mobilizou para convencer o Senado de que este projeto estaria equivocado.

Devido a todo esse embate ideológico, o referido Projeto de Lei continua a espera de ser votado no Senado. Porém, abriu-se maior debate em torno da questão, levando novas propostas nas elaborações de leis.

Na luta antimanicomial há muito que percorrer no caminho da cidadania, e a luta para garantir os direitos sociais é de todo cidadão, frente à onda de políticas neoliberais que visam investimentos econômicos, protegendo o mercado e resultando em cortes nos investimentos sociais. Ainda há muito que se conquistar. É preciso privilegiar o espaço da cidadania e da família na promoção da saúde mental, não esquecendo de situar dentro do movimento histórico as relações sociais, – estes espaços – entendidos como fatores geradores de possibilidades para a mudança e transformação da realidade dos indivíduos.

1.2 A História da psiquiatria em Santa Catarina - A trajetória histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

Em Santa Catarina surge, em meados deste século, o Hospital Colônia Sant'Ana cuja trajetória confunde-se com a própria história da psiquiatria no Estado.

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (antiga Colônia Sant'Ana) situado no município de São José foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, pelo então Interventor Dr. Nereu Ramos, objetivando o atendimento a portadores de distúrbios de ordem psiquiátrica. Constitui-se em um marco para a história da psiquiatria catarinense por ser o único hospital psiquiátrico público do estado e por ter passado de uma fase meramente asilar, para uma fase terapêutica.

Anteriormente a criação do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, os doentes mentais eram isolados do meio social em "asilos de loucos" existentes no município de Joinville e Brusque, de onde vieram os primeiros pacientes para este hospital.

No decorrer do tempo, entre as décadas de 60 e 70, o Hospital Colônia Sant'Ana, atual IPQ – SC, passou por transformações gradativas que o levaram a um período decadente, em termos de padrão assistencial, chegando a condição de depósito. Isto se deu devido à superlotação, à estrutura que começava a mostrar-se incapaz de atender a demanda, ao número reduzido de médicos, à falta de outros técnicos de diferentes áreas que atuassem diretamente com pacientes, e ao desinteresse das autoridades. A presença de celas e o número de óbitos alarmantes eram demonstrações de uma cruel realidade.

Em 24/03/1971, através do Decreto Lei SES-09, o hospital foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, passando a ser destinados recursos para a sua recuperação, visando dar continuidade à assistência médico-hospitalar aos pacientes portadores de transtornos mentais.

A partir desta época, verificaram-se mudanças significativas no que se refere à reestruturação e ampliação do corpo clínico, contratação de assistentes sociais e enfermeiras, melhoria das áreas físicas, criação das

unidades de emergência em substituição às celas. Iniciou-se também um trabalho de estudo da população e reavaliação dos pacientes, visando à recondução dos que apresentavam condições ao seu meio sócio-familiar. Criou-se o processo de triagem para que houvesse internações apenas dos casos que não tinham condições de tratamento ambulatorial; bem como, instituiu-se a criação de programas de terapêuticas diversas e mais adequada, e assim, como afirma STEINMETZ (1982, p.2):

Dentro dos limites e dificuldades, comuns a um hospital de grande porte, vem se procurando caminhos, até chegar-se a uma nova fase que se caracteriza pela ampliação das categorias profissionais e conseqüente aumento dos serviços especializados, visando à melhoria assistencial e a humanização.

Atualmente o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina vive um contexto de redefinição, tendo em vista que representa um modelo de instituição psiquiátrica tradicional, vem sendo alvo de críticas por parte de segmentos sociais que entendem tais instituições como geradores de doenças, mostrando serem estas mais prejudiciais do que benéficas aos portadores de transtornos mentais.

Esse movimento, denominado anti-manicomial, é composto basicamente por profissionais da área, insatisfeitos com a situação da assistência ao sofredor psíquico. Estes instauram concretamente a polêmica no âmbito do Estado com a promoção de debates, a participação na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Etapa Estadual, através de assessoria ao Projeto Lei 148/93 do deputado Idelvino Furlanetto (PT – SC) que prevê:

- A) A substituição gradativa dos leitos em instituições psiquiátricas por redes de atenção integral ao portador de transtornos mentais.
- B) Propõe que o atendimento seja realizado em postos de saúde, defendendo internações em casos de surto, desde que por tempo reduzido, além de um novo encaminhamento na forma de tratamento a instituições públicas e privadas.

O Instituto de Psiquiatria, sendo o único hospital público do Estado de Santa Catarina, para garantir sua manutenção, passa a ter que se adequar a esse novo contexto político, porque como afirma GRIGOLO (1995, p.48):

“A instituição manicomial está com a atual política de saúde mental sendo questionada e ameaçada. Ao mesmo tempo, já começa a adequação às novas exigências governamentais e dos movimentos sociais, tentando preservar-se”.

Cabe destacar que a reforma psiquiátrica representa um constante embate ideológico entre uma parcela da sociedade que não concebe mais essa forma de tratamento institucional arcaica e grupos que representam os interesses capitalistas, percebendo nessas instituições um espaço de manutenção do "Poder".

A sociedade busca hoje novas perspectivas de tratamento e o Instituto de Psiquiatria vem tentando responder a essas exigências, reestruturando-se.

Atualmente está dividido em dois grandes centros de atuação:

O primeiro, denomina-se: **Unidade de Internações Psiquiátricas** e busca desenvolver um trabalho junto à família, visando a compensação do surto no menor período de internação possível. Depois são encaminhados para os recursos ambulatoriais existentes, mais próximos de suas residências, responsabilizando as secretarias municipais de saúde que devem comprometer-se com a continuidade do tratamento.

O segundo centro de atuação recebe a denominação de **Centro de Convivência** onde se encontram internados os portadores de transtornos mentais crônicos, internos com vínculos familiares gravemente prejudicados ou inexistentes.

Hoje, a partir de uma nova visão da doença mental, os profissionais vêm buscando direcionar a esta clientela um novo foco de atenção, onde não mais se admite a institucionalização do portador de transtornos mentais, direcionando a atuação no sentido de criar mecanismos que viabilize o resgate de vínculos familiares, bem como buscar comprometer as secretarias do município no sentido de responsabilizá-las quanto à assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais oriundos de seus municípios.

1.2.1 O Serviço Social no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

O Serviço Social foi implantado no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (na época Hospital Colônia Sant'Ana), no ano de 1971, por ocasião da reformulação da assistência psiquiátrica, implementada pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina, conforme mencionado anteriormente.

Inicialmente seu quadro profissional contava com apenas duas assistentes sociais. Sendo que este número foi elevado, no ano seguinte, para sete profissionais. Quando implantado, o Serviço Social empreendeu esforços na localização dos familiares dos internos.

Atualmente o Serviço Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina conta com nove assistentes sociais que se inserem, junto às equipes de saúde, como os profissionais capacitados para atuar nas questões sociais, realizando o trabalho voltado à manutenção e resgate dos vínculos sócio-familiares dos internos .

1.2.2 Plano de atuação do Serviço Social nas Unidades de Internação Psiquiátrica

O Serviço Social da referida instituição tem como objetivos para o Programa das Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP):

- Buscar condições para um tratamento mais humanizado do paciente;
- *Ajudar o interno a alcançar integração mais adequada no seu meio sócio-familiar, evitando freqüentes reinternamentos;*
- Levar a família a compreender aspectos básicos da doença;
- Oferecer suportes emocionais para pacientes e familiares, trabalhando suas ansiedades e medos frente à internação;
- *Participar no resgate dos núcleos sadios do paciente;*
- Estimular a criação de mecanismos de suporte para o atendimento do portador de transtornos mental nas comunidades.

O atendimento ao paciente é feito individualmente ou em grupos, onde se procura conhecer a situação do seu grupo familiar, trabalhar sua ansiedade em

relação à internação e interação nas atividades da unidade, expectativas quanto ao retorno ao seu meio social, continuidade do tratamento, etc.

O atendimento à família visa abordar as dificuldades familiares em relação ao paciente e as dificuldades relacionadas à reinserção social, presta orientação quanto ao tratamento, etc.

As visitas domiciliares contribuem para a avaliação e conhecimento das condições de vida e moradia do paciente e, sobretudo, para prestar orientação quanto ao seu tratamento.

Atividades desenvolvidas:

- Grupos semanais de entrevista de admissão;
- Grupos semanais de alta;
- Grupos semanais com familiares;
- Providências diversas;
- Visitas domiciliares e institucionais;
- Coordenação ou participação em grupos terapêuticos com pacientes;
- Participação em reuniões de equipe;
- Evoluções quinzenais em prontuários.

1.2.3 Plano de atuação do Serviço Social no Centro de Convivência Sant'Ana

Objetivos específicos:

- Humanizar as vivências intra-hospitalares;
- Oportunizar a implantação de trabalhos criativos com internos nas diversas unidades;
- Oportunizar espaços democráticos na relação equipe x interno;
- Criar mecanismos para a ressocialização dos internos; resgatar vínculos sócios -familiares;
- Preservar os direitos dos pacientes principalmente usufruto de benefícios;
- Oportunizar conquista de direitos como concessão de benefícios do INSS.

Atividades desenvolvidas:

- Participação com demais técnicos (enfermeiro, terapeuta ocupacional) em reuniões de grupos com pacientes, estimulando a manutenção de sua higiene pessoal e participação nas atividades laborativas e sociais;
- Participação na programação e organização de festas de aniversário e nas tradicionais que são comemoradas no hospital;
- Revisão dos casos, com objetivo de localizar os familiares, incentivando as visitas, licenças e altas hospitalares;
- Realização de visitas domiciliares, possibilitando acesso ao contexto sócio-familiar dos pacientes;
- intervenção junto a órgãos da comunidade, familiares e/ou procuradores para conhecer e auxiliar o paciente a preservar e usufruir seus bens de direito;
- Preparação de alta hospitalar através de entrevistas ou grupos de pré-alta;
- Comunicação da alta médica aos familiares ou responsáveis; através de grupos e entrevistas de admissão;
- Participação em reuniões de equipe e em grupos terapêuticos para motivação, providências e acompanhamento de licenças, proporcionando ao paciente o convívio familiar.

1.2.4 Plantão do Serviço Social

Atividades desenvolvidas:

- Realização de atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço, prestando esclarecimentos, orientações e fazendo encaminhamentos aos recursos internos e externos;
- Realização de entrevistas de admissão, mantendo o primeiro contato com familiares e/ou responsáveis para obter informações sobre a situação bio-psico-social do paciente e prestar informações referentes ao funcionamento do hospital, ao tratamento e à alta hospitalar, com o devido relato em prontuário;

- Realização de atendimento a familiares de pacientes internados, na ausência do assistente social da enfermaria, através de entrevistas;
- Efetivação da alta hospitalar e alta a pedido, prestando orientações quanto à continuidade do tratamento ambulatorial, ao uso correto de medicação e ao convívio com o paciente e sua doença;
- Comunicação de óbitos, prestando os esclarecimentos necessários;
- Realização de contatos com serviços e setores do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e instituições afins para utilização dos recursos disponíveis e posteriores encaminhamentos;
- Anotação de todas as atividades em documentação estatística padronizada pela SES e no prontuário do paciente.

CAPÍTULO II

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

2.1 O estigma da doença mental e a reabilitação psicossocial

Os conceitos de doença mental têm uma imagem pública desfavorável. As pessoas valorizam negativamente a doença mental, rejeitam e discriminam os pacientes psiquiátricos e ainda avaliam as possibilidades de recuperação como reduzidas, isto é, tem-se uma visão genericamente pessimista do doente mental.

O doente mental é visto como alguém de aparência estranha, perigosa e inexplicável, alguém a ser temido e que não é digno de confiança. Esta atitude é profundamente estigmatizante, o que confirma ALVES (1991, p.28) quando diz que:

“As pessoas vêem à doença mental como uma doença assustadora e pior do que a doença física, só por estar localizada na mente.”

Considerar uma pessoa como doente mental significa reduzi-la a um objeto restrito a um campo do saber, no caso, a psiquiatria. Essa pessoa vai aparecer no contexto social marcada por um rótulo de louco, perigoso, incapaz de exercer plena capacidade humana. Significa também a prerrogativa da

sociedade de isolá-la do convívio social, do trabalho e da cidade. E é BELLEI (1998.p.5), quem assevera:

A presença de um diagnóstico de transtorno mental é estigmatizante, a ponto de excluir o indivíduo de qualquer possibilidade de atuação social. Sua exclusão começa pela visão de que é incapaz de produzir e isso faz com que seja quase inexistente a possibilidade de sua absorção no mercado de trabalho, cabendo-lhe a tutela do Estado, não sendo visto como cidadão de direitos.

A discriminação, a segregação e as limitações causadas por sua doença fazem do paciente com transtorno mental um excluído, sempre dependente, e a inversão dessa condição vai além das conquistas no campo jurídico e constitucional, pois pressupõe uma transformação nas reações entre as pessoas que as condicionam.

Sabe-se que a internação traz conseqüências consideráveis e de longo alcance, que afetam a posição social, a aceitabilidade e a imagem pública. Desde o momento em que o indivíduo é rotulado como doente mental, passa a escrever uma nova história. A partir daí, sua inserção na sociedade é feita através de uma nova identidade: a de doente mental. É através do isolamento que o doente perde a oportunidade de partilhar a vida pública que lhe dá o direito à informação, à comunicação e à expressão de suas opiniões, direitos estes que estão entre os mais preciosos do homem.

Embora a expressão "saúde mental" possa ter significados diferentes para diferentes pessoas, a auto-estima e a capacidade de estabelecer relações afetivas com outras pessoas são componentes importantes da saúde mental universalmente aceitos. Associa-se ao diagnóstico de doença mental a incapacidade de pensar coerentemente, dentro dos padrões tidos como "normais". Um dos grandes desafios é justamente o de classificar esse normal. Segundo diversos autores, o normal é o que corresponde às expectativas sociais, o que se mantém em equilíbrio, em conformidade e em concordância com as normas e valores sociais. O anormal é justamente o que contrapõe a isso; o imprevisível, o que rompe com o estabelecido. É a sociedade que define as normas do pensamento e do comportamento e, uma vez que os sintomas de

enfermidade mental são sempre oponentes à norma social, é a sociedade que determina os limites da loucura.

Se o normal corresponde às expectativas sociais e estas são variáveis de acordo com cada sociedade, época e circunstâncias, os conceitos e noções a cerca do adoecimento psíquico também o são; e o que é sadio, normal para uma comunidade pode não ser para outra, e qualquer conduta fora do padrão ou distúrbio mental basta para estigmatizar o que é diferente.

No caso do doente mental, quando se fala em trazê-lo de volta à "normalidade", fala-se automaticamente em internação. Envolvidos no processo de internação, pode-se pensar que estamos dando todo atendimento necessário ao paciente. No entanto, dentro da instituição, cria-se a mentalidade da loucura improdutiva, ou seja, recria-se o pensamento de que o "louco" é, afinal das contas, um "louco".

A instituição passa a massificar, generalizar condutas e deixar de lado as reivindicações do "louco", de tal modo que são cortados os espaços já restritos com alegações que reafirmam a sua pouca importância no mundo. As relações doente-sociedade são gradativamente cortadas, levando-o a perda de sua identidade, de sua cidadania.

O tratamento reabilitacional é considerado uma continuidade da tarefa ocupacional, com a reintegração socio-profissional ou a iniciação profissional em atividades compatíveis e realizáveis pelo paciente.

Reeducação e reintegração social são disciplinas dos próprios impulsos, compreendendo o reensinamento de hábitos normais, educação geral, cívica, sexual, excursões educativas com banho de mar, bibliotecas, TV, rádio, reuniões de comunidade terapêutica (com participação do serviço social que está ligado as relações sócio-familiares dos pacientes, ambiente hospitalar e vice-versa), até o "retorno ao domicílio" daqueles pacientes desprezados pelos familiares.

2.2 A reabilitação como um novo tratado ético

A reabilitação é considerada, antes de tudo, uma necessidade, e uma exigência ética e constitui-se em um conjunto de meios que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde "a Reabilitação Psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários" (WHO, 1987; De Girolamo, 1989).

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução em exercício pleno da cidadania e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

A ausência de uma administração estruturada e de serviços estruturados para atender aos miseráveis, aos loucos, aos "desabilitados" propicia uma relação de submissão que se constitui em uma estratégia competente em controlar riscos e convulsões sociais.

A fragmentação gerencia a desigualdade, pois sabemos que os excluídos, são mais vulneráveis às agressões externas e necessitam de cuidados. Cuidados esses que devem ser personalizados e delicados, pois as respostas globais e pouco diferenciadas costumam passar ao largo das pessoas e de suas necessidades.

Nas sociedades concretas, na brasileira em especial, a pobreza de investimentos na área social irá determinar que alguns recebem cuidados e outros sejam rejeitados pelo sistema de atenção. Serão mais rejeitados os que revelam uma absoluta inaptidão pelo trabalho, pois a inserção no mercado de trabalho é um indicador positivo para quase todos os projetos de cuidados. O mundo do trabalho, e, mais especificamente, o mundo de trabalho assalariado se constitui no modelo quase exclusivo de possibilidades de um indivíduo ser aceito, ser amado, ser compreendido na sociedade atual.

É neste contexto que, em diferentes lugares do mundo, e no Brasil em diferentes cidades, pessoas, grupos e organizações, movimentos de usuários, profissionais e governo vêm produzindo uma contra-política onde a responsabilidade e a solidariedade para com indivíduos que têm suas atividades limitadas por transtornos mentais são levadas a sério e o seu principal objeto é encontrar formas de trabalho e vida para aqueles que sofrem limitações para a vida em sociedade.

Segundo Ana Pitta "falar de Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje, é estar a um só momento falando de amor, ira e dinheiro. Amor, pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso 'que fazer' cotidiano; ira, traduzida nesta indignação saudável contra o cinismo de nossas políticas técnicas e sociais para inclusão dos diferentes; e dinheiro, para transformar as políticas do desejo em políticas de agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que excluem e segregam um número sempre significativo de brasileiros" (1996 p.26).

CAPÍTULO III

A REABILITAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

3.1 O Centro de Convivência Santana e os Projetos de Reabilitação

Diante da dura realidade vivenciada pelos internos do Centro de Convivência Sant'Ana, já pontuada anteriormente, o IPQ vem tentando criar espaços mais humanizados, visando a melhoria nas condições de vida das internas, buscando dentro das limitações institucionais resgatar direitos usurpados no processo de institucionalização histórica. Os projetos de reabilitação são o resultado deste trabalho.

A importância dos projetos de reabilitação dentro de um macro hospital psiquiátrico:

Os projetos de Reabilitação dentro de um macro hospital psiquiátrico têm como objetivo, além da ampliação, a criação de novos espaços que ofereçam condições para uma vivência reabilitadora ao paciente de longa permanência (crônico).

A expressão reabilitação é hoje entendida, no campo médico social, como um processo global, cujo objetivo é recuperar o paciente para o uso mais completo de suas capacidades, apesar das limitações impostas pela enfermidade. É representada por várias etapas e procedimentos progressivos e, no tratamento do doente mental, exige: mantê-lo livre dos sintomas, encorajá-lo a manter e multiplicar contatos sociais ajudá-lo a reassumir suas atividades profissionais ou assumir outras, sempre que possível.

Assim, a reabilitação pressupõe a educação, o treinamento ou o condicionamento para hábitos da vida diária (Reabilitação Terapêutica) e também, num estágio mais adiantado, a educação, o treinamento ou o acondicionamento para hábitos de trabalho (Reabilitação Profissional).

De um modo geral, todos os modernos hospitais tem a reabilitação implantada. O que devemos ter em conta é que existem diversos graus de reabilitação e diversos objetivos específicos dentro da reabilitação.

No Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina a reabilitação implica em encontrarmos soluções para três necessidades básicas do paciente: um lugar para viver, alguém que se preocupe com seu bem-estar e um trabalho para desempenhar.

Visa a reabilitação, não somente o esbatimento da sintomatologia, mas também a restituição da identidade como pessoa, oferecendo oportunidades para que desenvolvam suas potencialidades, muitas vezes sufocadas pela doença. Visa, ainda, a ampliação das aptidões laborativas, buscando a reintegração no processo produtivo da estrutura social.

Assim, dentro desse programa: o Projeto Ana Tereza, a Pensão Protegida e a Unidade de Gestão Participativa desenvolvem suas atividades no sentido de oportunizar o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, visando a reinserção social e o resgate da cidadania.

A seguir, explicitaremos os dois primeiros projetos, de forma sucinta, detendo-nos com maiores detalhes no último, objeto do nosso estágio.

Projeto Ana Tereza

Implantado em 1987, tem como objetivo: mudanças na atitude passiva do doente mental crônico. Desenvolve atividades na agricultura, no artesanato e na prestação de serviços na comunidade, contribuindo na construção de um projeto de vida mais sadia para o paciente. Permite que o mesmo lide com sua própria realidade em busca de um caminho para a saúde. Trabalha a inserção do paciente na comunidade levando-o a se libertar da exclusão social. Propicia a reconstrução do indivíduo nos níveis Bio-Psico-Social, visando um futuro possível de dignidade e o resgate de sua cidadania.

Pensão Protegida

Implantada em 1989, teve seu trabalho iniciado dentro da 2ª Enfermaria Feminina, visando a ocupação de uma casa da propriedade do hospital, para possibilitar às pacientes uma vivência mais individualizada, voltada para o resgate da identidade. Desenvolveu-se numa intervenção grupal, educando para a progressiva independência em relação à Instituição e reabilitação dos internos.

Unidade de Gestão Participativa

Visa oferecer um espaço de vivência intra-hospitalar que garanta maiores condições para participação das internas no tratamento, espaço físico humanizado, menos massificado e que, principalmente, ofereça possibilidade de resgates da cidadania.

Tem como objetivo final a criação de outras pensões protegidas.

A U.G.P. tem o papel intermediário entre um espaço que oportuniza uma independência progressiva e uma pensão protegida.

O trabalho é baseado em grupos operativos com a participação das internas na organização da vivência.

Compreendendo a Unidade de Gestão Participativa:

A idéia de criar a Unidade de Gestão Participativa (UGP) surgiu em função do Programa de Reabilitação Psicossocial, através de uma unidade de autogestão.

O primeiro passo para que esta unidade surgisse, em 1993, foi delimitar a clientela. Os critérios para tal surgiram através de uma reunião entre os fundadores da unidade. Considerou-se internos agudos, subagudos compensados e com alta difícil que:

- Apresentassem quadro psiquiátrico pouco produtivo;
- não oferecessem risco evidente de fuga;
- fossem pacientes de internação prolongada e com possibilidade de alta hospitalar.

A concretização desta intenção se deu em 02/06/93, sendo inicialmente no espaço físico da antiga 3ª Enfermaria Feminina (enfermaria vinculada ao Centro de Convivência Sant'Ana) com 30 leitos. Em 94 ocorreu a mudança para a "casa das irmãs", que é uma casa fora do âmbito hospitalar, considerando-se que este ambiente seria mais terapêutico.

O ambiente terapêutico compreende componentes físicos interpessoais, terapêuticos e reabilitadores conscientemente planejados que apóiam e potencializam o tratamento psiquiátrico ativo. Seu componente mais importante é a individualização do tratamento e seu principal objetivo é preservar os direitos humanos e a dignidade do paciente, garantindo sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados durante a internação.

O trabalho teve início com a criação de monitorias e escala de atividades. Havia uma preocupação com relação à adaptação às mudanças que ocorriam e pediam alterações.

Foram criadas monitorias mais primárias, como chamar para as assembléias e buscar dietas, até mais complexas, como acompanhar a

execução de atividades. As escalas tinham como objetivo a manutenção das atividades de limpeza e o estímulo à participação das internas na organização da unidade. Estas atividades eram avaliadas semanalmente.

Partindo deste processo, das internas sentirem-se responsáveis pela organização e manutenção do espaço no qual temporariamente conviviam, gradativamente desvinculou-se a tarefa do ganho secundário (troca de fumo por trabalho).

Inicialmente foi priorizado o trabalho em grupo, como facilitador e estruturador, seja em grupo de internas ou com os próprios funcionários.

A princípio a assembléia era realizada duas vezes por semana, onde se discutiam as atividades da enfermagem e a dinâmica dos relacionamentos. Percebeu-se, então, a necessidade de separação dos assuntos como forma de melhor administração. Criou-se, então, dois grupos: o grupo de saída e o grupo de sentimento.

A partir daí, os assuntos referentes às atividades da unidade e laborativas passaram a ser discutidas na assembléia coordenada pela área de psicologia; as licenças, festas, "passe livre", encaminhamentos e altas pertenciam ao grupo de saída, coordenado pelo serviço social; e os assuntos de relacionamento intra e extra-hospitalar, sentimentos, brigas, eram trazidos no grupo de sentimento, também coordenado pela psicologia.

Percebe-se, então, a importância da discussão de assuntos em seus respectivos grupos, as escalas tinham como objetivo a manutenção das atividades de limpeza e o estímulo à participação das internas na organização da unidade. Estas atividades eram avaliadas semanalmente.

Em seis de maio de 1994 foi criado o "passe livre", trata-se de uma permissão para sair do interior do hospital, o qual seria obtido através da avaliação dos participantes do grupo, observando os seguintes critérios:

- Cumprimento das tarefas internas e externas;
- Asseio corporal;
- Quadro psiquiátrico compensado.

A criação do "passe livre" se deu devido à necessidade de se intensificar o convívio social, pois as pacientes solicitavam que ocorresse a ampliação do espaço físico de passeio, isto é, acesso livre a frente do hospital.

Um dos objetivos atingidos foi o de realizar uma atividade social através da reintegração das internas com a comunidade.

Em junho de 1994 houve a transferência para a casa das irmãs, onde surgiu a problemática da abertura da "porta da frente", a qual dá acesso à comunidade. Após discussão, em vários momentos, pela equipe e com as internas, decidiu-se que a porta seria aberta. Desde o início foi trabalhado com as internas este acesso e retorno ao vínculo com a sociedade; portanto a cobrança com a higiene corporal e atitudes sociais foram intensificadas.

Em dezessete de abril de 1995 surge o grupo diário, que é realizado pelo atendente de plantão durante o café da manhã, tendo por objetivos a orientação espaço temporal, as intercorrências da noite e orientação quanto às atividades do dia.

DINÂMICA ATUAL:

Atualmente a UGP conta com 17 pacientes, das quais 13 são pacientes asilares e as outras são pacientes rotativas. A unidade conta com o seguinte corpo técnico de:

- Uma assistente social
- Uma psicóloga
- Uma professora de Educação Física
- Uma terapeuta ocupacional
- Uma enfermeira e 6 técnicos de enfermagem.

As atividades desenvolvidas atualmente na enfermaria são as seguintes:

Coordenados pela psicologia:

Grupo de sentimento: Este também é um grupo operativo e tem como objetivo discutir questões relacionadas a sentimentos, brigas e outros assuntos trazidos ao grupo.

A metodologia utilizada é a mesma do grupo de saída, ou seja, as pacientes trazem questões e o coordenador faz com que estas reflitam e que elas mesmas tracem soluções para os problemas.

Coordenado pela Educação Física:

São desenvolvidas atividades de Educação Física com as pacientes desta unidade, que visam a reabilitação e a reeducação sob aspectos fisiológicos, psicológicos e socializantes. Assim sendo, visa a melhora do sistema neuro-muscular, tonificando a musculatura e mantendo a força, atuando na melhora da mobilidade articular, reabilitação cárdio-respiratória, a reeducação do gesto-motor e psico-afetivo, visando domínio funcional e independência para realização das atividades da vida diária.

O profissional da Educação Física também desenvolve o grupo de cartas com as pacientes da UGP.

Coordenado pela Terapia Ocupacional:

A T.O desenvolve um trabalho de oficinas terapêuticas que visam a identificação grupal buscando consciência social, responsabilidade, cooperação, mobilizando assim, as partes sadias do paciente através de atividades planejadas e elaboradas.

Fazem parte do programa de atividades da UGP:

A oficina de paninhos: atividade laborativa remunerada.

Oficina de compotas: aproveitamento de produtos com manutenção de atividades laborativas.

Horta e programa de fruticultura com bananas: melhora do contato interpessoal através de manejo, cultivo, sementeira, colheita e manutenção de atividades laborativas.

Oficina de tear: tem o intuito de oferecer espaços para a criação e melhora na organização pessoal.

Coordenados pela Enfermagem:

Assembléia: Neste momento são avaliadas as atividades externas e internas, verificando a frequência, o desempenho, a permanência na tarefa, bem como a melhora da paciente.

Grupo diário: realizado pelo técnico de enfermagem de plantão durante o café da manhã, tem por objetivo a orientação espaço temporal, intercorrências da noite e orientação quanto às atividades do dia.

Coordenado pelo Serviço Social:

Grupo de saída: ocorre semanalmente, tendo como objetivo discutir questões cotidianas e questões relativas a passeios, "passes livres", altas hospitalares, altas experimentais e encaminhamentos. Esse grupo segue a metodologia de grupos operativos de Pichón Rivière, ou seja, tem seu objetivo centrado na tarefa, sendo que a tarefa das pacientes é a de discutir as questões acima pontuadas.

O papel do assistente social neste grupo é o de fazer com que as pacientes reflitam sobre os temas apresentados e que elas mesmas tracem soluções.

Após o momento do grupo, o serviço social dá os encaminhamentos necessários às dificuldades e às solicitações discutidas.

3.2 Uma experiência vivenciada na Unidade de Gestão Participativa.

Para realizar nossa pesquisa, nos inserimos na dinâmica desta enfermaria como estagiárias de serviço social, onde desenvolvemos o processo de aprendizagem no que diz respeito à atuação profissional do assistente social.

O nosso processo de aprendizagem e atuação profissional se deu através da coordenação do grupo de saída desenvolvido na Unidade de Gestão Participativa, os objetivos deste grupo já foram pontuados anteriormente.

Este grupo reunia-se semanalmente e nele discutíamos os mais diversos assuntos, é importante evidenciar que estes eram trazidos pelas próprias pacientes.

A nossa conduta diante do grupo era a de trabalhar com ele e não para ele, ou seja, os problemas eram trazidos pelas pacientes e nós fazíamos com que elas refletissem e os solucionassem trabalhando com a parte não psicótica, tentamos mantê-las em contato com a realidade.

Constatamos no contato nessas reuniões, que a percepção dos portadores de transtornos mentais é muito maior do que julgam os que desconhecem como a doença mental atua nos pacientes, em geral se pensa que estes são totalmente incapazes para qualquer desempenho físico-mental.

O grupo de saída tem como referência a teoria de Pichón Rivière e sua técnica com grupos operativos.

A importância dos grupos operativos para a reabilitação dos portadores de transtornos mentais

A abordagem grupal pode ser um excelente tratamento, em muitos casos, para pessoas portadoras de transtornos mentais, e, principalmente, para pacientes crônicos e esquizofrênicos. Estes apresentam uma conduta peculiar, devido a longos períodos de internação, caracterizada por reserva, isolamento, mutismo ou conversa incoerente, tornam-se social e emocionalmente isolados.

Segundo Marcelo Blaya Perez

Todo paciente mental é uma pessoa marcadamente dividida pelo menos em duas partes: uma não psicótica, capaz de manter o controle relativo de sua personalidade e contato com o mundo externo, e uma parte psicótica ativa. Quando esta predomina, o paciente, em geral, exige ser colocado em um ambiente mais tolerante e controlado – o hospital – até que consiga um reequilíbrio, ainda que mediano, mais compatível com um viver num grupo social. cremos, pois, que cada paciente psiquiátrico, independente do seu nível de regressão ou da etiologia, tem uma capacidade em relação

não psicótica através da qual estabelece um contato com o ambiente e com o terapeuta. PEREZ (1967) apud ALVES (1982).

Sendo assim, um dos objetivos do tratamento psiquiátrico hospitalar deve estar voltado para o objetivo de ampliar, dentro do possível, a parte não psicótica de sua personalidade, devolvendo ao portador de transtornos mentais sua autonomia perdida. É importante oferecer ao paciente um tipo de organização que garanta uma constante solicitação e oferta de oportunidades para que possa atuar com sua parte saudável (ou não psicótica). Verificamos que, por pequena que seja, a sua iniciativa de começar a pentear-se, alimentar-se, amassar um pedaço de argila, fazer um cinzeiro ou fazer planos para uma festa é importante por iniciar uma série de acontecimentos que culminarão em uma restituição de muitas das capacidades perdidas do portador de transtornos mentais.

Com isto, o grupo operativo vem ampliando a parte saudável da mente do portador de transtornos mentais, pois seu trabalho caracteriza-se pela possibilidade de manter o paciente em contato com as realidades interna e externa, devido à integração e cooperação entre seus membros sob a coordenação de um líder para a tarefa comum, o que lhes permite equacionar seus objetivos e organizar-se com o fim de alcançar a meta para a qual se agruparam. Este grupo é capaz de conhecer suas limitações humanas, o que lhes permite estabelecer objetivos adequados aos fins, porém dentro de suas limitações, para então trabalhar na sua concretização, dentro de coordenadas possíveis de tempo, espaço e causalidade.

Para Pichón o Grupo Operativo é: "o conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de espaço e tempo, articuladas por sua mútua representação interna, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis, que propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa, que constitui sua finalidade".

Com essa ótica, o grupo é um instrumento de ação grupal, que se apóia em uma concepção de sujeito, entendido como o emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais. O sujeito é social e historicamente

produzido, em constante dialética com o ambiente em que vive, ou seja, constrói o mundo e nele se constrói.

A técnica de grupo operativo se fundamenta em uma concepção de aprendizagem. A psicologia social pichoniana, ao ressaltar a importância da inter-relação entre os sujeitos, trouxe à experiência da aprendizagem, a valorização do interjogo entre os sujeitos e o grupo como unidade básica de interação. Aprendizagem, para Pichón Rívière, é sempre uma leitura crítica da realidade, uma apropriação ativa, uma constante investigação, em que a resposta conquistada já se constitui em princípio de nova pergunta.

Aprender em grupo significa que, na ação educativa, estamos preocupados não apenas com o produto da aprendizagem, mas com o processo que possibilitou a mudança dos sujeitos. É uma ação formadora do sujeito para a vida, rejeitando a simples transmissão de "conservas de saber". Aprendizagem, nessa perspectiva, é a capacidade de compreensão e de ação transformadora de uma realidade. Isso envolve mudanças e pressupõe que elas ocorram nas pessoas articuladas entre si, e no contexto no qual as mesmas estão inseridas.

A técnica de grupo operativo está centrada na tarefa. Na proposta pichoniana, a noção de tarefa é fundamental.

Sem tarefa não existe grupo, porém nem sempre esta tarefa é explícita. O líder tem que se dirigir aos pacientes como pessoas que tem uma tarefa e são capazes de participar e cooperar para a realização desta. A tarefa centraliza o grupo e o líder se guiará através dela, tudo que facilita a realização da tarefa é apontado e destacado como importante, e o que representa um empecilho para o fim do grupo é igualmente discutido de uma forma não crítica, mas como algo que deve ser vencido por meio de sugestões deles mesmos, por estar dificultando que se alcance o objetivo em questão. Cada etapa que complementam dá ao grupo, e aos seus integrantes individualmente, uma capacidade aumentada para tentar novas tarefas, novos avanços. A atitude do líder, e do grupo, se caracteriza pela sua tolerância às manifestações sintomáticas em geral e pela firme crença que há em cada um uma parte não

psicótica, com a qual se pode dialogar, assim como o desejo de se estabelecer fins comuns que podem ser conseguidos pelo grupo como totalidade.

Constata-se, então, que o desenvolvimento da tarefa é que vai permitir o estabelecimento de vínculos, permitindo o desenvolvimento das interações, criando a dinâmica que este grupo vai estabelecer, permitindo que cada integrante vá criando uma representação dos demais elementos, terminando pela mútua representação interna. Pode ocorrer o estereótipo, o que pode obstaculizar a realização da tarefa. Esta é uma espécie de referencial, retomada pelo coordenador sempre que o grupo tenta desviar-se, por causa da resistência à mudança. Para Pichón a tarefa é um dos momentos do processo grupal. O grupo operativo se constitui em três momentos, que são:

- O primeiro momento é a **Pré-Tarefa**, quando o grupo mostra-se confuso e os integrantes muito centrados em si mesmos. É quando aparecem os medos básicos: o medo da perda e o medo do ataque, isto é, diante da possibilidade de mudança e defrontando-se com as novas relações, as pessoas temem perder o que já era conhecido e seguro e sentem medo do ataque vindo do novo, que é desconhecido e ameaçador. O grupo fica então paralisado e, por não suportar a sensação de imobilidade, atua “como se” estivesse realizando a tarefa.
- O segundo momento é o da **Tarefa**, quando o grupo passa a enfrentar seus medos. Os integrantes começam a se diferenciar e conseguem enfrentar os inevitáveis confrontos e conflitos, decorrentes desta diferenciação. A temática das reuniões é pertinente à tarefa e existe cooperação entre os membros. Aqui começa a mudança grupal.
- O terceiro momento é o do **Projeto** em que o grupo passa a ação propriamente dita. Aqui, a mudança social atinge a comunidade, com vistas à transformação social. Este processo é dialético, por isso os três momentos não ocorrem linearmente.

Mediante a tarefa realizada, o portador de transtornos mentais adquire ou recupera um pensamento discriminativo social, através do qual, progressivamente e através da aprendizagem, se produz à experiência

corretiva, este obtém consciência de sua própria identidade e da identidade dos demais, num nível real.

Percebemos então o grupo operativo como instrumento essencial para reabilitação de portadores de transtornos mentais, pois este visa ampliar a capacidade de relacionamento social dos participantes, através da satisfação social, promoção individual e relacionamento social construtivo.

O ser humano conta com uma estrutura biológica e psicossocial. A instituição que se propõe a tratar o doente mental deve levar em conta estes três aspectos ao estabelecer o plano de tratamento. O biológico será tratado através da medicação. O social, através dos grupos que resgata também o psicológico. É necessário um trabalho que dê dados da realidade ao paciente, para que ele possa estabelecer vínculos, ser reconhecido como sujeito.

Cada pessoa tem uma história para contar e precisa ser escutada, de forma que o paciente seja tratado e não só a sua doença.

3.3 Situando a pesquisa

A escolha do tema Reabilitação Psicossocial surgiu no decorrer do estágio na Unidade de Gestão Participativa, projeto vinculado ao Centro de Convivência Sant'Ana-IPQ. Tive então a oportunidade de vivenciar um trabalho baseado na nova visão da psiquiatria, onde o portador de transtornos mentais deixa de ser considerado inadaptável, improdutivo perturbador da ordem vigente.

No contexto real da instituição, a Unidade de Gestão participativa desenvolve uma nova proposta de trabalho com o interno psiquiátrico visando oferecer espaço de vivência intra-hospitalar, garantindo maiores condições para a participação dos pacientes no tratamento; objetiva também um espaço físico humanizado, menos massificado, e que, principalmente, ofereça possibilidade de resgate da cidadania.

Partindo disso, o presente trabalho teve como foco resgatar, junto aos profissionais e usuários inseridos na Unidade de Gestão Participativa, a

importância de um projeto de reabilitação para portadores de transtornos mentais.

Buscando respostas para esta temática optou-se pela realização de um projeto de pesquisa intitulado: "Unidade de Gestão Participativa - Um espaço de reabilitação para portadores de transtornos mentais", tendo como população alvo:

- Seis pacientes incorporadas no programa:

Destas, três são rotativas, ou seja, pacientes oriundas da unidade de internação psiquiátrica que necessitam passar um tempo maior no hospital visando ter uma melhor recuperação da doença e trabalhar também suas habilidades sociais.

As outras três pacientes são asilares, ou seja, pacientes com pouco ou nenhum vínculo familiar, o que dificulta o retorno ao lar;

- os familiares dessas pacientes;
- os profissionais que atuam nesta enfermaria.

Definiu-se como objetivo geral da pesquisa: discutir a importância da UGP na reabilitação dos portadores de transtornos mentais, sob a ótica dos profissionais, familiares e usuários que participam deste projeto.

A partir deste, outros objetivos específicos foram propostos:

- Resgatar o histórico e a constituição da Unidade de Gestão Participativa;
- descrever a percepção do usuário inserido na Unidade de Gestão Participativa;
- descrever a percepção dos profissionais que compõe o projeto e os resultados obtidos;
- relatar a percepção da família diante desta realidade vivenciada na Unidade de Gestão Participativa;
- levantar a Literatura e as categorias teóricas sobre o tema apresentado (tais como grupos operativos, reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de transtornos mentais e outros).

A metodologia de ação do projeto de pesquisa operacionalizou-se através do planejamento, elaboração do projeto de pesquisa e execução.

Nesta última fase, destacam-se três etapas distintas e complementares entre si:

- O levantamento de dados, através dos questionários aplicados a população alvo
- A sistematização destes dados
- A interpretação dos dados.

Esta pesquisa constituiu-se em um trabalho que pode ser qualificado com pesquisa participante, na medida em que os pacientes, familiares e profissionais foram chamados a participar na produção de conhecimento a cerca das dificuldades de reintegração e reabilitação social.

Segundo Brandão (1981) a pesquisa participativa faz parte de uma modalidade nova de conhecimento coletivo do mundo e das condições de vida de pessoas, grupos e classes populares, conhecimento coletivo a partir de um trabalho que cria, de dentro para fora, formas concretas dessas gentes, grupos e classes para participarem do direito e do poder de pensar, produzir e dirigir os usos de seu saber a respeito de si próprias.

E BRANDÃO afirma:

A participação não envolve uma atitude do cientista para conhecer melhor a cultura que pesquisa. Ela determina um compromisso que subordina o próprio projeto científico de pesquisa ao projeto político dos grupos populares cuja situação de classe, cultura ou história se quer conhecer porque se quer agir (1981, p.13).

Desse modo, temos indivíduos que além de contribuírem para o que se sabe sobre reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos, elaboram conjuntamente uma proposta de solução para muitos problemas que enfrentam.

A seguir, passaremos a relatar os dados recolhidos na pesquisa, para apresentar a percepção dos entrevistados, bem como a análise do material recolhido.

Inicialmente, apresentaremos a fala dos familiares e o que ela representa dentro do enfoque de autores que fundamentam a saúde mental.

3.4 Unidade de Gestão Participativa - A percepção da família, dos profissionais e dos pacientes frente ao Projeto.

Percepção da família

A) Quando a doença teve início, e como a família percebeu?

Através dessa indagação, observamos no decorrer do nosso estudo, que o transtorno mental afeta seriamente o contexto familiar.

Os desgastes, tensões, conflitos causados pela convivência com uma pessoa mentalmente perturbada, podem causar uma grande dose de tensão na família, como veremos nos relatos a seguir:

"Quando o filho nasceu, depois de 15 dias seu pai (pai da paciente) faleceu; daí para frente começamos a perceber que ela já não estava mais certa das idéias. Começou a ficar agressiva, tratar as pessoas com aspereza. O marido deixou dela, pois não entendia a doença. Ela veio morar comigo e o relacionamento familiar começou a ficar difícil. Quando fica doente temos medo dela."

"A doença teve início há mais ou menos 40 anos. Começou a ficar doente após o nascimento de sua filha. Acreditamos que foi depressão pós-parto, pois foi ficando triste e distante. Com o passar dos anos a doença foi piorando, tentou por diversas vezes o suicídio, estava cada vez mais agressiva sendo impossível mantê-la em casa".

"Logo depois que seu bebê nasceu ela começou ficar triste, pois não tinha a atenção do marido. Ele a maltratava. Percebi que minha filha estava ficando doente, ela estava muito triste e variando. Tivemos que trazê-la para morar com a gente. A doença surgiu por causa desta grande decepção".

"Desde pequena percebíamos que ela não era normal, sempre foi muito agressiva e teimosa, não respeitava a gente, ficava respondendo. Com os anos os sintomas começaram a se agravar ela foi ficando impossível".

Como pudemos verificar, os depoimentos colhidos confirmam que o contexto familiar é fundamental para o equilíbrio pessoal.

B) Como era o relacionamento familiar?

Com esta pergunta, colhemos respostas que mostraram como os laços familiares são afetados durante a doença.

Com a ascensão da doença constata-se que os laços familiares tomam-se frágeis. As famílias, por falta de compreensão da doença, tendem a perceber os atos e sintomas do portador de transtornos mentais como sendo intencional, gerando uma séria crise no seio familiar. Elas vêem o doente como um estorvo, a ponto de excluir o indivíduo de qualquer possibilidade de atuação. Passam a vê-lo como incapaz e dependente.

"Antes de a doença aparecer nosso relacionamento era muito bom. Quando ela começou a ficar doente, as coisas foram ficando difíceis. As irmãs gostam dela, tem até pena, mais se revoltam, pois ela faz de tudo para me agredir e incomodar, às vezes até se comporta como criança. Elas dizem que R. não sabe a mãe boa que tem, pois faço tudo para ela".

"Era muito difícil, pois ela estava sempre aprontando e o pior é que ela não tem medo das coisas, faz e não está nem aí. Estava sempre muito agitada e agressiva".

A imprevisibilidade do paciente é outra fonte de tensão. O comportamento imprevisível debilita as expectativas sociais e dá origem a sensação de incerteza e insegurança. Para a família que convive com essa situação as certezas básicas da vida cotidiana ficam enfraquecidas; acordar a cada manhã com a sensação de que tudo pode acontecer durante o dia é angustiante e tensionante o que fica evidente nos relatos a seguir:

"A relação familiar era boa, mas quando ela ficou doente as coisas já não eram as mesmas. Ela estava cada vez mais agressiva, não sabíamos como ela agiria, dificultando a convivência".

"A relação é boa, mas quando ela está doente não temos com mantê-la em casa, pois ela só quer ficar andando pelas ruas o que nos deixa muito preocupados, pois nunca sabemos o que ela poderá fazer".

Como se observa nas falas, nesse contexto de grandes crises sociais e intrafamiliares, a família vai buscar ajuda nas instituições psiquiátricas. O doente passa a representar para muitas famílias, o responsável por todo o sofrimento vivenciado pelo grupo familiar. Estes não se dão conta de que, quem mais sofre é o próprio portador de transtornos mentais, que vivencia a "loucura", que vive em constante agonia devido aos sintomas da doença, muitos tendo alucinações, delírios que se confundem com a realidade.

C) Como percebiam a doença no início do tratamento?

Os depoimentos colhidos demonstram o tipo de percepção da família em relação ao doente e a doença.

"No início do tratamento, conviver com a doença era difícil, ela vinha do hospital e parecia que não tinha melhorado nada".

"Parecia que não havia melhora, ela vinha para casa do mesmo jeito, até que foi sendo difícil mantê-la conosco. Ela mesma não queria ficar".

"No princípio ela internava, mas não apresentava melhora, quando vinha para casa não sabíamos o que fazer para ajudar".

"Quando ficava ruim ela saía sem rumo pelas ruas, falava sem parar, aí nós a internávamos, mas o tratamento não dava jeito, não sabíamos mais o que fazer com ela".

Segundo MILES o clima emocional da família com um membro mentalmente enfermo caracteriza-se por muita ansiedade quanto à maneira correta de lidar com o paciente e pelos problemas aumentados da vida familiar.

A doença mental é cercada por incertezas para o leigo por ser uma condição estigmatizante e porque, no passado os doentes mentais eram trancafiados e afastados, não há modos aceitáveis, segundo o consenso social, de lidar com o doente mental que vive no grupo familiar. Não existem modelos comportamentais de que as pessoas possam valer-se, porque como afirma este autor,

Habitualmente, nas questões de saúde, observa-se um grande volume de busca e fornecimento de conselhos entre as pessoas leigas, mas a orientação quanto o modo de lidar com um parente mentalmente enfermo raramente é buscada ou oferecida. O estigma da doença mental a transforma num assunto muito menos agradável para a discussão leiga do que a doença física e de qualquer modo, o grupo leigo não tem nenhum sentimento de competência para lidar com ela (1981, p. 117).

D) Como percebem a doença agora com a inclusão do paciente na UGP?

A percepção se amplia, quando o portador de transtornos mentais tem um atendimento especializado, como nos demonstram, os depoimentos a seguir:

"Aqui é bom, quando realiza tratamento na UGP ao receber alta consegue manter-se por mais tempo em casa, ela saí daqui bem melhor do que quando ela vai direto da unidade de internação para casa".

"Acho que ela está bem mais calma pelo fato de estar aqui. O ambiente é bem melhor. Não é agitado, têm menos pacientes percebemos que aqui ela está bem melhor".

"Na UGP ela está bem melhor, quando viemos visitá-la encontra -se sempre contente e sorrindo. Quando passa pela UGP consegue manter-se por mais tempo em casa".

"Percebemos que ao realizar tratamento na UGP ela fica um pouco melhor".

"Na UGP elas trabalham e conseguem se dedicar a algum serviço, tudo está sempre em ordem".

A partir destes relatos constatamos que a família possui uma visão positiva do trabalho desenvolvido na UGP. Estas percebem que o tratamento realizado nesta unidade está conseguindo ampliar a parte saudável do seu ente enfermo.

Isso é muito importante, mas diante do nosso contato com pacientes e familiares da UGP constatamos que essa "visão positiva" pode tornar-se perigosa, pois estas famílias freqüentemente passam a acreditar que o melhor

lugar para o seu familiar é o hospital. E assim, gradativamente começam a se distanciar e transferir a tutela do paciente à instituição, percebendo nela um local onde ele vai ser tratado por médicos e receberá assistência. Com essa concepção, a família vai diminuindo o sentimento de culpa por tê-lo abandonado, o que GOFFMAN assevera:

“A sociedade como um todo parece apóia-los nisso, pois, para nós, é uma satisfação pensar que aqueles que exilamos nos hospitais psiquiátricos estão recebendo tratamento, e não castigo, sob cuidados de um médico” (1974 p.299).

E) Como sentem a Intervenção dos profissionais junto à família?

A esta pergunta, assim responderam os entrevistados:

“Acho que o trabalho deles aqui é excelente. Se não fossem estas unidades como a UGP o que seria de nós que temos filhos doentes?”.

“Percebemos que há preocupação com ela, os profissionais são atenciosos e competentes”.

“O trabalho dos profissionais é muito bom. Sei que ela está sendo bem tratada”.

“O trabalho dos profissionais junto as pacientes nesta unidade é muito bom. Eles tratam minha filha como eu gostaria de tratar, conseguem fazer com que ela tome a medicação. Lá em casa ela se nega a tomar o remédio”.

Enquanto profissionais do serviço social, entendemos que é necessário trabalhar a família, porque é nela que o indivíduo se apóia, por isso, é extremamente importante a aceitação do doente mental pela mesma, para que os outros possam aceitá-lo também.

A resistência familiar no que diz respeito ao retorno do paciente ao lar dificulta o processo de reabilitação do paciente, pois um dos pontos fundamentais para que o tratamento tenha êxito é que o paciente se sinta amado e compreendido dentro de suas limitações.

O calor do envolvimento da família no tratamento de saúde mental é tão fundamental quanto o envolvimento dos familiares nos primeiros anos de vida de qualquer indivíduo, dando-lhe afeto e cuidando do seu desenvolvimento.

É preciso levar a família a compreender que o indivíduo portador de transtornos mentais é uma pessoa, um ser humano, que por algum motivo não só biológico, mas também ou talvez, estrutural, ou até mesmo social, desenvolveu algum tipo de distúrbio mental precisando de tratamento, mas um tratamento orientado no sentido da cura e não da cronificação.

Este trabalho de conscientização requer a aplicação de técnicas que levem os membros do grupo familiar a perceberem com mais clareza e até mesmo, a vivenciar o que significa para um doente mental viver segregado, longe da família, dentro de uma instituição. Só compreendendo o que é ser um doente mental em uma sociedade preconceituosa e discriminadora é que se pode aceitá-lo.

Se o Serviço Social, conseguir levar o grupo familiar a compreender e aceitar a doença mental como algo que pode ter uma solução, que o doente mental merece ser tratado com dignidade e não ser percebido como um incapaz para sempre, ele poderá aí, reintegrá-lo à família e à sociedade.

Passaremos agora analisar a fala dos pacientes:

Percepção dos pacientes

A) Como é para você estar internado no IPQ e fazer parte de um Projeto de Reabilitação?

O que se constata diante dos relatos das pacientes é que a grande maioria percebe a UGP como um ambiente mais humanizado, mais tranquilo, o que lhes proporciona uma melhor recuperação. A UGP possui um ambiente mais sereno e acolhedor que propicia ao indivíduo viver a sua crise de forma menos traumática possível, como veremos nos relatos a seguir:

“Antes de vir para UGP, estava na 3ª Feminina, não gostava de ficar lá. Aqui na UGP é mais calmo e melhor. Aqui é bem melhor para minha cabeça “.

"Gosto de estar na UGP. Quando cheguei no hospital estava bem ruim, aqui na UGP estou melhorando, porque tem os grupos, os médicos nos atendem bem e dão bons remédios".

"É melhor do que estar na 5ª Feminina, aqui é mais livre, é mais calmo aqui fazemos as atividades. Não tem briga como tem lá".

"É bem diferente das outras enfermarias e muito melhor. Aqui a gente tem muito mais liberdade, mais tranquilidade, não convive com aquelas pacientes bem loucas".

"Estar na UGP é melhor do que ficar na 5ª Feminina. Aqui fazemos atividades, não ficamos muito tempo paradas, as pacientes são melhores, mais calmas".

Apenas uma das pacientes queixou-se:

"Não gosto daqui, pois todo dia tem reunião".

B) Você acha importante participar das atividades desenvolvidas na unidade?

A esta indagação, manifestaram-se assim:

"É importante sim, pois fico com a cabeça boa".

"Acho importante, pois faz bem para mim e para o tratamento. Fico bem melhor e tenho contato com outras pessoas".

"Acho importante. Quando vou na caminhada emagreço, não fico com as pernas duras. Eu estava meio fraquinha por causa da medicação, mas quando faço as atividades, melhora, a minha cabeça melhora".

"É importante, em casa eu faço as atividades, aqui também faço, pois aqui agora é nossa casa".

"Acho importante porque ajuda a cabeça e o corpo".

"Acho, pois me sinto bem melhor fazendo as atividades, penso em coisas boas".

Como podemos verificar, a participação nas atividades são de extrema importância para o processo de reabilitação das pacientes, pois estas têm por objetivo manter ativa as áreas socialmente funcionais da personalidade das

pacientes, estimulando e desenvolvendo-as, conseguindo assim o controle, redução e desaparecimento da psicopatologia.

A ociosidade leva os portadores de transtornos mentais a mergulhar nas suas preocupações, o que agrava cada vez mais os seus sintomas.

C) O que você está achando de participar das oficinas terapêuticas?

Ainda dentro da idéia de participação, as pacientes falaram o que segue:

“É bom para minha cabeça, pois fazendo essas atividades, trabalhamos o lado sadio da cabeça. Recebemos nosso dinheirinho e gastamos fazendo compras”.

“Eu gosto, participo ganho meu dinheirinho, compro meu lanche. Esperar dinheiro sentado não dá.”

“Eu aprendo a fazer coisas, na compota aprendo a fazer doces, ganho meu trocadinho que compro algumas coisas para me alimentar”.

“Não participo dessas atividades, não sei participar de atividades”.

“Estava participando, mas agora saí. Agora vou participar da horta. Isto me lembra quando eu trabalhava na roça”. Com o dinheiro que eu ganhar na horta quero comprar as coisas que preciso como: Xampu, perfume, batom.”

“Participo dos paninhos. É importante, pois ao trabalhar recordo tempo que estava bem e conseguia fazer as coisas em casa”.

Constata-se que as oficinas terapêuticas constituem instrumentos indispensáveis no processo de reabilitação de sujeitos com transtornos mentais, não apenas por treiná-los na capacitação em ofícios utilitários, mas principalmente, por exercitá-los na prática da exteriorização e suas interioridades subjetivas, procedimento este necessário à passagem do sujeito particularizado para o sujeito social. O resultado do trabalho de um sujeito não significa apenas uma realização qualquer, mas uma auto-realização e quando o realiza corresponde ao realizar-se, a satisfação compensa a fadiga e o trabalho engrandece, o trabalho engrandece o trabalhador no sentido de torná-lo mais consciente de suas potencialidades.

D) Qual a importância dos grupos operativos realizados nesta enfermaria?

Perguntamos, ao que responderam:

“Os grupos são importantes. Cada uma fala o que quer. Discutimos sobre a limpeza da casa e outras coisas”.

“Esses grupos são importantes, falamos sobre a família, sobre tristeza, brigas, altas e tudo que acontece dentro de casa”.

“Me ajuda bastante, falamos sobre o “passe livre”, as atividades, falo sobre os meus sentimentos”.

“É bom, nos grupos aprendemos coisas, aprendemos a ser melhor e mais cuidadosas. Podemos falar também sobre os sentimentos”.

“Nos grupos falamos tudo o que sentimos. Discutimos coisas que mexem com a cabeça e com o coração”.

“Este é o espaço onde converso com o Serviço Social e solicito contato com a minha família. Isso é muito importante. Falo das minhas tristezas e alívio a saudade da família”.

Estas pacientes percebem os grupos desenvolvidos na enfermaria, como um espaço de discussão e aprendizagem.

Segundo abordagem pichoniana no grupo operativo, coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa, porque na operação da tarefa é possível resolver situações de ansiedade.

Mediante a realização da tarefa, o sujeito adquire ou recupera um pensamento discriminativo social, através do qual, progressivamente, e através da aprendizagem, se produz a experiência corretiva: o paciente obtém consciência de sua própria identidade e da identidade dos demais num nível real.

E) Qual sua expectativa de alta hospitalar?

“Se eu sáísse eu iria trabalhar na minha casinha”, respondeu uma paciente.

Vejamos agora, outros relatos:

“Espero um dia ganhar a alta para poder realizar tratamento lá fora. Quero trabalhar, fazer comida, lavar louça, arrumar minha cama na minha casa”.

“Espero sair logo do hospital para cuidar do meu filho, da limpeza, da roupa, da minha casa”.

“Quero receber alta logo, ir para casa, passear, ir à igreja, ajudar minha mãe. Tomarei direitinho a medicação.”

“Ganhando alta, espero ir para casa ajudar minha mãe, minha filha, meu irmão que está nas drogas. Vou tomar corretamente a medicação, pois preciso”.

“Espero receber alta logo. Pretendo ajudar a mãe, fazer o tratamento direitinho para não voltar mais”.

Percebemos o desejo, um afã das pacientes em seus relatos referentes ao desligamento do IPQ.

Seu nicho, seu habitat, o hospital o foi durante algum tempo. O momento do retorno a seus pares é o fato mais importante. Irão recomeçar a reconstituir seus planos que estão interrompidos, terão novas oportunidades de os verem concluídos frente aos seus.

São simples, reconhecidas, seres humanos, sendo parte da sociedade novamente, sequiosas por novos aprendizados. Desejam ser cidadãs com direitos e deveres, almejam o resgate da cidadania.

Assim longe da proteção hospitalar, é inexorável a presença intermediária do assistente social fortalecendo sua independência e a autoconfiança em sua reabilitação.

Por último, apresentaremos a percepção dos profissionais em relação aos portadores de transtornos mentais.

Percepção dos profissionais

A) Como você percebe seu trabalho com portadores de transtornos mentais?

Hoje, a partir de uma nova visão da psiquiatria, o hospital, a instituição psiquiátrica deve caracterizar-se por um amplo meio terapêutico, reunindo condições físicas e funcionais que possibilitem a aplicação das várias terapêuticas.

Diante desta nova realidade o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina vem tentando reestruturar-se. No entanto segundo o relato de alguns profissionais, existe muito ainda a se modificar para que o tratamento junto aos pacientes alcance êxito, como constataremos a seguir:

“Acredito que as pessoas que resolvem estar nesta área, direta ou indiretamente precisam sentir-se agentes de uma nova cultura. Esbarramos diariamente com contradições, principalmente numa instituição como a nossa”.

“Muito difícil, além da falta de espaço adequado também existe a limitação física das pacientes e o pouco entendimento na realização dos exercícios”.

“Difícil. Meu trabalho é prejudicado por diferentes aspectos: no nível público, pela falta de recursos destinados a saúde mental, no nível privado, pelo preconceito e baixa valorização do trabalho. Com certeza, o fato de ter me formado há pouco tempo influencia esta opinião”.

E continuam as manifestações, dos profissionais:

“O trabalho do psicólogo com portadores de transtornos mentais, vai em busca do resgate da identidade, pois as perdas psico-emocionais, ocasionadas pela institucionalização, e com a evolução da doença, levam ao esgotamento emocional. Preconiza-se a “escuta e um lugar de fala e voz dos pacientes” que as acabam perdendo com as variáveis ocorridas pela prática vigente de psiquiatrização”.

“O trabalho com portadores de transtornos mentais define-se em: amor dedicação, compreensão e respeito acima de tudo, pois são seres humanos dignos de direito”.

“Necessário, pois elas (pacientes) não têm controle total das suas necessidades como: auto-estima, incentivo familiar e social e capacitação profissional, somos nós que as orientamos para tudo, pois também necessitam de limites”.

B) O que representa o movimento de reforma psiquiátrica hoje?

Os profissionais entendem o movimento de reforma psiquiátrica assim:

“Com relação ao Brasil percebemos um intenso movimento crítico, com grande mobilização teórica e prática, junto a isto, o processo de reforço da adesão social, representado pelo Movimento de Luta Anti-Manicomial”.

O estado de São Paulo foi pioneiro neste processo de reforma, com a criação de CAPS na capital e NAPS no município de Santos. Seguindo o exemplo, vieram o nordeste, Ceará e tantos outros. E apesar da trajetória já percorrida, sinto que nosso estado está bastante “devagar” neste processo.

A verdadeira reforma deve iniciar pela reformulação da rede de apoio, ou seja, partindo para o modelo comunitário, a exemplo de outros estados. Avalio que estejamos engatinhando neste processo, apesar de entender que as mudanças são lentas, gradativas e que as pessoas precisam estar preparadas para isto “.

“Ilusório, pois o apoio que nossos pacientes necessitam ‘fora dos muros’ praticamente não existe, ou o que é pior, não funciona”.

“A reforma psiquiátrica é um movimento que visa uma humanização dos usuários com transtornos mentais. Ela ocorre internamente com projetos de internações curtas. Mas também com suporte extra hospitalar, com ambulatórios adequados, serviços de hospital dia-e-noite, casa de passagem. Para que possamos manter o paciente cada vez mais fora da hospitalização e cronificação. Em santa Catarina este movimento é muito fraco ou quase inexistente”.

“Hoje o movimento ‘cresceu’, no sentido de que iniciou como uma tentativa infantil, de conseqüências desastrosas para a saúde mental no

estado, com a idéia de acabar com os manicômios, e não com o atendimento ruim dos manicômios.

Atualmente já há espaço para discussão, com uma visão realista, da necessidade dos manicômios e de reformá-los, mas não simplesmente acabar com eles numa tentativa pueril de acabar com a doença mental “.

“Melhorou bastante, pois humanizou e deu identidade, o que o paciente portador de transtornos mentais não tinha perante a sociedade e sua própria família”.

“Deveria ter mais insistência e dedicação, pois precisa-se investir mais para dar certo”.

Constatamos, através destes relatos, que a reforma psiquiátrica é um movimento de reavaliação de conceitos, procedimentos e cuidados no trato com pessoas portadoras de transtornos mentais e em defesa da assistência psiquiátrica não asilar.

Diante desta perspectiva, o hospital psiquiátrico tradicional não apenas não é uma solução em si, mas em geral é prejudicial, porque pela maneira como tem sido utilizado, se constituiu em um fator de cronificação e não de reabilitação. Podemos concluir então, que seria mais inteligente, e mais barato, orientar o tratamento, sempre que possível, para fora do sistema asilar tradicional, oferecendo outras alternativas mais humanas e mais eficazes.

Acreditamos ser possível uma assistência melhor e a custos menores, que propicie um retorno mais precoce do indivíduo ao seu seio familiar e social, deixando-o excluído dos meios de produção por menos tempo possível.

Todos ganham com isso...

Lucra o indivíduo, que passa a se sentir útil e não fica estigmatizado como um marginal da sociedade; lucra a sociedade, que não necessita manter uma estrutura ineficiente e tão onerosa.

Uma regionalização efetiva da saúde mental, com pequenas unidades polivalentes de tratamento em cada bairro, e a hierarquização dos serviços existentes são o caminho, que em médio prazo, será capaz de modificar o preocupante panorama da saúde mental a que se vê submetida à maior parte

da população, levando a desinstitucionalização progressiva e a prevenção efetiva da cronicidade e da multiplicidade das internações.

C) Quais suas expectativas em termos de reabilitação psicossocial, com pacientes desta instituição?

Responderam os primeiros:

“Isso depende do grau e do desenvolvimento que cada paciente tem relação a sua doença mental, ou seja, mais ou menos desenvolvida”.

“A busca do trabalho exercido na UGP é que se possa fazer uma reintegração paciente - comunidade; alguns tentando retornos para seu lar, já que o objetivo básico é a tentativa da reabilitação psicossocial deste paciente”.

“A instituição provê um bom início na questão de reabilitação, porém a estrutura fora do hospital é desalentadora, com falha na manutenção desta ressocialização”.

E, os outros complementaram:

“Boas para algumas pacientes e poucas expectativas para outras”.

“As expectativas são as melhores possíveis, almejamos expandir o trabalho de reabilitação, reintegração social e familiar; apesar de esbarrarmos, muitas vezes, com dificuldades de recursos financeiros, humanos e de vontade política para a expansão do trabalho”.

Segundo BETARELLO para conseguirmos atingir a reabilitação de pacientes psiquiátricos, além de transpassarmos os problemas acima pontuados, os profissionais de saúde mental devem interagir com o fenômeno da doença mental, levando em conta seu aspecto biopsicossocial.

Assim, postula-se que cada enfermo deve ser tratado de forma específica, devido à heterogeneidade dos quadros clínicos e das necessidades específicas de cada indivíduo. Dessa forma, cada enfermo deve ser estudado, particularmente, e, apenas a partir de avaliação minuciosa, ser estabelecido o esquema terapêutico, evitando clichês e estereotipia de tratamento. Assim, o paciente, quando estudado desde sua admissão hospitalar por uma equipe multidisciplinar pode obter tratamentos mais abrangentes, biológicos,

psicológicos e sociais os quais indubitavelmente lhe darão melhores condições de reinserção e reabilitação.

A participação dos familiares no tratamento é outro ponto fundamental no processo de reabilitação destas pacientes, como veremos nos relatos a seguir:

“É necessário um trabalho maior com a família para que o paciente seja mais aceito, existe ainda muita rejeição”.

“Alguns, com ajuda de profissionais, conseguem melhorar a ponto de ter um bom convívio social e familiar. O trabalho deve estar voltado também para família, é importante que esta seja acompanhada por estes mesmos profissionais”.

Sendo assim, a equipe além de propiciar uma terapêutica mais ampla deve desenvolver uma abordagem junto aos familiares destas pacientes, pois assim poderá ser observado se as atitudes e a psicodinâmica familiar contribuem ou mesmo precipitam a eclosão do surto doentio, ou se a enferma desestrutura a família, ou se ambas as situações coexistem.

A partir daí, o trabalho deverá ser estendido a essas famílias, quer no sentido de restabelecer vínculos mais saudáveis, quer no sentido de uma melhor compreensão da doença mental propiciando, assim, mais apoio e suporte ao ente enfermo.

D) Como você descreveria sua relação, seu contato profissional com os pacientes?

Atualmente o papel dos pacientes e profissionais no tratamento de saúde mental vem se modificando, o que confirma BETARELLO quando diz:

Do papel passivo tradicional, passa para um esforço ativo não só dos pacientes como dos familiares e amigos. Ao lado disso, deve haver uma redistribuição do poder, da autoridade e da capacidade de decisão, significa um papel mais responsável para o paciente, parentes, médicos e enfermeiros; de forma geral, uma estrutura social democrática igualitária (1998, p.292).

Levando isso em conta, os diversos profissionais que interagem na UGP procuram manter uma postura junto as pacientes, privilegiando a liberdade de comunicação, quebrando a relação de autoridade tradicional, visando sempre a reeducação social.

Esses elementos são postos em prática através de grupos com pacientes, atendimentos individuais, reuniões de equipe ou de avaliação.

Os profissionais buscam desenvolver um trabalho que leve em conta, e respeitando sempre, a opinião do paciente como veremos nos relatos a seguir:

“Como uma relação terapêutica, de empatia e de respeito. Acredito que toda e qualquer intervenção deva ocorrer de maneira que se leve em conta, sempre, a opinião do paciente no seu processo de melhora. Deve-se buscar uma atitude sincera e receptiva ao diálogo, pois isso é rapidamente percebido pelo paciente e pode estar aí a mudança em todo o ciclo de adoecimento, pelo simples fato de ser recebido com respeito”.

“Boa, pois as pacientes têm boa aceitação no que diz respeito à atividade física”.

“O contato com as pacientes vai além do contato profissional, há também dados de afeto e a relação subjetiva que permeia o trabalho, para se dar o resgate psicossocial destas pacientes, já que a maioria não tem laços de família, e nós profissionais contribuimos para a efetivação destes laços”.

“A falta de tempo e os poucos recursos limitam muito o contato com as pacientes, e o investimento nas pacientes deveria poder ser maior”.

“É uma relação sadia, com paciência e respeito, pois estamos praticamente no lugar de seus familiares”.

“O relacionamento é bom, pois se baseia no respeito. Elas nos respeitam como profissionais e nós as respeitamos e compreendemos seus limites diante da doença”.

E) Qual a importância da UGP na vida dessas pacientes?

Esta pergunta fecha o nosso estudo. Vejamos o que foi apurado.

“Este projeto pôde oferecer a uma pequena parcela de pacientes asilares, há vários anos na instituição, a possibilidade de melhoria em sua qualidade de vida. Através da UGP todos pudemos perceber novas perspectivas de convivência com a doença mental e muitas delas passaram a perceber a possibilidade de uma ‘vida normal’, com alegrias, tristezas, satisfações e frustrações, como qualquer ser humano. A vida delas, com certeza mudou, apesar de estarmos apenas no ‘primeiro degrau’. Acredito que este tenha sido o primeiro passo no processo de resgate de vínculos, das pacientes com seus familiares e com o contexto social”.

“É fundamental para o resgate de atividades importantes do dia a dia, visando à melhora da qualidade de vida. Funciona, mais ou menos, como uma grande família”.

“É de suma importância uma Unidade de Gestão Participativa que visa o resgate de habilidades como: auto-cuidado, auto-estima e cuidados com a casa. Através da UPG as pacientes podem ter uma nova condição de vida ‘fazendo por si mesmas’ “.

“A UGP constitui um passo importante numa seqüência, que é muito falha, para a reabilitação das pacientes que por lá passam, porém novamente a falha nos recursos e na capacitação da equipe comprometem muito o trabalho que poderia ser realizado”.

“É a oportunidade de buscar uma identificação e mostrar que tem capacidade de desenvolver qualquer tarefa para o conviver social”.

“A UGP é uma unidade que integra as pacientes ao convívio com a sociedade através da reabilitação psicossocial, permitindo, assim, que estas sejam cidadãs participativas e tenham acesso a tudo que na comunidade existe”.

Através destes relatos percebemos que a Unidade de Gestão Participativa desenvolve um trabalho muito importante junto as pacientes que nesta se inserem.

Estas sofreram um brutal e maciço processo de amputação de todas as funções sociais e pessoais no processo de institucionalização.

A UGP, com seu programa terapêutico, consegue aumentar a variedade do sistema de realidade dessas pacientes, ou seja, faz o processo inverso: devolve a estas os estímulos (emocionais, verbais, corporais, instrumentais e espaciais) tirando-as do empobrecimento psicológico provocado pelo "tratamento" manicomial tradicional, reabilitando-as para sua reinserção social.

Na UGP, as pacientes tornam-se participantes ativas da própria autonomia, em oposição ao caráter passivo e receptivo do tratamento tradicional.

A terapêutica utilizada pelos profissionais visa permitir ao doente, um reaprendizado, ou reorganização do seu mundo mental, num ambiente propício e de respeito humano.

O presente trabalho possibilitou-nos compreender que a inserção do portador de transtornos mentais em um tratamento que valorize suas habilidades, ampliando-as resulta em um processo inverso àquele que os marginalizou e contribuiu para o seu afastamento, isolamento e, conseqüentemente, para seu confinamento institucional, ou seja, um programa de reabilitação psicossocial oportuniza aos portadores de transtornos mentais uma produção significadora e a possibilidade de melhoria em sua qualidade de vida.

Percebemos também, que além dos esforços terapêuticos o clima emocional e os relacionamentos familiares constituem-se em um ponto muito importante para reabilitação. Pois como assevera MILES:

" A extensão do contato com um familiar hostil, crítico e dominador é de grande importância para um paciente em processo de reabilitação: quanto maior esse contato, menor a probabilidade de retorno a um funcionamento normal" (1982, p.109).

Por outro lado, se o paciente tem a sua espera um ambiente familiar solidário e compreensivo suas chances de funcionar satisfatoriamente são muito maiores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, no Brasil, vem sendo feita intensa discussão sobre a ineficiência do "tratamento tradicional" nos hospitais psiquiátricos, atendimento este, que visa a segregação, o isolamento e a cronificação da doença.

É importante ressaltar que transformações não ocorrem sem luta, são frutos de uma incessante mobilização por parte dos movimentos populares, contrários aos interesses de grupos fortes que defendem a manutenção da "indústria da loucura".

As instituições psiquiátricas deixam transparecer sua face perversa, em cada homem, cada mulher, usurpando-lhes todos os direitos nos longos anos de reclusão.

As internações prolongadas em manicômios, constituem fatores predisponentes e favorecedores de cronificação, isolamento e dissolução dos vínculos de socialização dos sujeitos. Quando ocorrem de maneira indiscriminada, sem programação definida, proporciona a manutenção de crenças danosas, tais como a de que a "doença mental não tem cura" favorecendo assim a existência do hospital psiquiátrico, não como hospital, mas como local de segregação e confinamento isto é, algo não mais compatível no mundo dos homens com direitos universalmente consagrados.

Diante dessa realidade, entendemos que seja necessário que os profissionais comprometidos com reais mudanças nas políticas de saúde se engajem cada vez mais nos movimentos populares, na luta pela plena saúde, pelas mínimas condições de qualidade de vida e cidadania no sentido de difundir as discussões referentes às políticas dessa área aos maiores interessados, os portadores de transtornos mentais e seus familiares.

Atualmente, o que se encontra em posição de vanguarda, num processo de reformulação de posturas, normas e direitos com pessoas portadoras de transtornos mentais é a Reforma Psiquiátrica, esta vem tentando criar mecanismos que viabilizem uma vasta gama de alternativas de tratamento, uma assistência digna voltada para a cura e não para a

cronificação e asilamento. Assegurando o direito pleno dos portadores de transtornos mentais ao exercício da cidadania e isso tudo casa perfeitamente com os princípios e fundamentos em que se baseia a prática do serviço social.

A discussão da reabilitação se lança quando se pretende oferecer uma nova forma de intervenção a estes indivíduos, que no processo de institucionalização e estigmatização foram excluídos do meio sócio familiar e impedidos de reingressar no mercado de trabalho.

Desta maneira, os principais objetos de intervenção do assistente social, trabalhador inserido no campo de saúde mental na reabilitação psiquiátrica são: o paciente psiquiátrico a ser reabilitado e o seu meio vivencial, ou seja, sua família e comunidade.

A família representa, em nossa cultura, o núcleo primário de agregação social, e o surgimento de transtorno mental em um dos seus componentes, modificam sua organização interna.

A resistência à reintegração do componente enfermo constitui a primeira dificuldade a enfrentar no processo de reabilitação e que, uma vez superada, as demais etapas tendem a se efetuarem mais facilmente, em virtude da intermediação do grupo familiar.

Diante dessa realidade, entendemos que é preciso reverter modos de pensar, desconstruir "muros" que estão entre o indivíduo e a sociedade, com ele é preciso também desconstruir as representações e o imaginário social, na busca pela cidadania e humanização na saúde mental.

No processo de desospitalização que se propõe, o assistente social tem uma tarefa difícil e complexa. Ele precisa trabalhar no sentido de acabar com preconceitos, articular forças e preparar a população para as mudanças. Precisa também levar o doente psiquiátrico a perceber-se como um indivíduo com habilidades, capaz de assumir responsabilidades, fazendo, assim, com que este recupere o respeito por si próprio passando ele mesmo a exigir condições melhores de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, Eusa Helena Carpes. **Serviço Social Psiquiátrico**: Grupo de Jardim. Florianópolis: Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 1982.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BELLEI, Marisol. **Transtornos mentais e o Serviço Social**: a cidadania como processo da conquista dos direitos fundamentais. Florianópolis: Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

BETARELLO, Sérgio Vieira. **Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria**. São Paulo: Lemos, 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.p.172-191.

FILHO, Manoel Suliano. **Ocupoterapia na saúde mental**. Fortaleza: Ceará, 1982.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. **Doença mental e psicologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

GAYOTTO, Maria Leonor Cunha, Domingues, Ideli, et al. **Liderança: Aprenda a mudar em grupo.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

GOOFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo. Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, Jairo. **A clínica da psicose.** Rio de Janeiro. Instituto Franco Basaglia: Te Corá Editora, 1994.

MILES, A. **O doente mental na sociedade contemporânea.** Rio de Janeiro; Zahar, 1992.

MOFFAT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular.** São Paulo, Cortez, 1983.

OSÓRIO, Luiz Carlos, ZIMERMANN, David E. et al. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PEREZ. Marcelo Blaya. **Grupos operativos hospitalares.** Trabalho apresentado na V Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. Caxias do Sul, maio de 1970.

PICHÒN – RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

Plano de Atuação do Serviço Social no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – 1998/2000.

Projeto de Reabilitação : Unidade de Gestão Participativa - 1993

REZENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In; TUNDS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do rosário (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 2.ed. Petrópolis; Vozes, 1990,p.30-64.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício a comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Ilha de Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SILVA, Salete Coelho da. **O portador de transtornos mentais e seus familiares**: dificuldades frente à institucionalização. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 1997.

STEINMETZ, Josiane. **O doente Mental e a tendência à ociosidade**. Florianópolis: Relatório de Estágio de Psicologia Clínica. Universidade Federal de Santa Catarina, 1982.

WALENDOSK, Sueli. **O direito de ter direitos**. Monografia (Especialização em Psiquiatria Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1991

ANEXOS

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO:

NOME: Roberta Gabriella Cardoso

MATRÍCULA: 9711629-7

FASE DE ESTÁGIO: I

INSTITUIÇÃO: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

SUPERVISOR DE CAMPO: Ana Cristina de Souza

PROFESSORA SUPERVISORA DE ENSINO: Edaléia Maria Ribeiro da Silva

TOTAL DE HORAS: 230 Horas

SEMESTRE: 99/1

NOME: Roberta Gabriella Cardoso

MATRÍCULA: 9711629-7

FASE DE ESTÁGIO: II

INSTITUIÇÃO: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

SUPERVISOR DE CAMPO: Ana Cristina de Souza

PROFESSORA SUPERVISORA DE ENSINO: Kátia Macedo Rebello

TOTAL DE HORAS: 230 Horas

SEMESTRE: 99/2

NOME: Roberta Gabriella Cardoso

MATRÍCULA: 9711629-7

FASE DE ESTÁGIO: III

INSTITUIÇÃO: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

SUPERVISOR DE CAMPO: Ana Cristina de Souza

PROFESSORA SUPERVISORA DE ENSINO: Kátia Macedo Rebello

TOTAL DE HORAS: 230 Horas

SEMESTRE: 2000/1

PARECER SUBSUMIDO EM SUBSTITUTIVO GLOBAL DO RELATOR NA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO DE LEIS, DEPUTADO JOÃO HENRIQUE BLASI, AO PROJETO DE LEI Nº 340, QUE "DISPÕE SOBRE A REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA, DETERMINA A SUBSTITUIÇÃO PROGRESSIVA DOS LEITOS NOS HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS POR REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL, DETERMINA REGRAS DE PROTEÇÃO AOS QUE PADECEM DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DÁS OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

Isagógicamente, faz-se mister tecer algumas considerações acerca da gênese e da evolução do sistema manicomial e da psiquiatria em geral.

O primeiro hospício ou manicômio, local para onde eram enviados os chamados "loucos" remonta há mais ou menos 1000 anos, no Oriente. No Ocidente conta com cerca de 800 anos. Por outro lado, o primeiro medicamento eficaz para delírios e alucinações, que são os primeiros sintomas das doenças mentais mais graves, passou a ser usado em 1956, mas só chegou ao Brasil em fins da década de 60. Todavia, o Hospital Colônia Santana, hoje denominado Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ-SC), foi inaugurado na década de 40, mais de 20 anos antes do advento da era psicofarmacológica.

Antes dos medicamentos, uma internação num hospício poderia durar muitos anos. No Brasil, e em outros países, era comum encontrar-se macro-hospital com até 10.000 doentes, sem que houvesse instalações e pessoal para a assistência adequada. As condições de higiene e de atendimento tornavam-se cada vez mais precárias. Nestas condições, os doentes não poderiam evoluir senão para a deteriorização mental e física.

Nos dias atuais, com os novos medicamentos e as abordagens psicossociais, um paciente permanece internado entre 7 a 30 dias, saindo de alta para continuar seu tratamento em serviços comunitários e ambulatoriais, perto de sua comunidade e junto a seus familiares. No mês de fevereiro de 1997 a média de permanência hospitalar do IPQ-SC foi de 28 dias.

Equipes multidisciplinares, constituídas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, apoiados por pessoal administrativo e auxiliares de enfermagem, passaram a desempenhar importante papel no tratamento dos pacientes.

As abordagens educacionais para pacientes e familiares, informando sobre as doenças mentais e o modo de conviver com elas, associando medicamentos com orientações psicossociais e reabilitadoras, têm sido revolucionários na

melhoria da assistência aos portadores de transtornos mentais, nos últimos anos, no mundo todo e também em nosso Estado.

Tomou-se possível evitar a desintegração familiar e tratar o portador de transtornos mentais, de modo mais eficiente, racional e humano.

Procura-se, pois, reduzir ao máximo as internações, com o menor número de pacientes internados. A assistência hospitalar, porém, continua necessária e imprescindível em certos casos e em certos momentos agudos da doença.

Na seqüência desta evolução, com a diminuição das internações e a ampliação dos tratamentos ambulatoriais, os portadores de transtornos mentais vão ser cada vez mais atendidos nos mesmos centros de saúde e hospitais destinados a pacientes portadores de outras patologias.

Há necessidade de diminuição do estigma e do preconceito acumulados durante anos contra os portadores de transtornos mentais, contra suas famílias (que eram culpabilizadas pela doença de seus familiares ou acusados de abandoná-los nos hospitais), e contra todos os que estiveram mais perto dos pacientes, inclusive os profissionais de saúde que os atenderam e atendem. A busca de um culpado é o principal mantenedor de preconceitos que prejudicam os pacientes.

Entende-se, hoje, que as doenças mentais são como qualquer outra doença crônica, como o diabetes ou como a epilepsia, por exemplo, que necessitam de tratamento muitas vezes contínuo. A internação psiquiátrica deve ser entendida, assim, como parte integrante e, às vezes, indispensável de um tratamento. Como uma forma de auxiliar um paciente em crise a encontrar a melhora de seus sintomas, preparando-o para retornar a sua família. Por isto, entende-se, hodiernamente, o tratamento hospitalar como parte da rede integral de atenção à saúde.

Dentro desse contexto, a idéia de extinção dos hospitais psiquiátricos remete-nos à década de 50 e 60, com o movimento chamado de "antipsiquiatria", que defendia a idéia da inexistência da doença mental. Negava a necessidade do uso de medicamentos e de internação nos hospícios da época. Anote-se, por verdadeiro, que aquelas instituições apresentavam superpopulação e péssimas condições de assistência ao internos.

Os EUA, na década de 60, implementaram um projeto de desospitalização, com criação de centros comunitários regionais. Na década de 80, trabalhos científicos mostraram que 1/3 dos sem-teto norte-americanos eram esquizofrênicos e afetivos que não estavam sob tratamento. O número de doentes mentais em prisões americanas havia aumentado grandemente, bem como o número de suicídios em doentes mentais. Vários estudos passaram a defender as internações psiquiátricas como importante meio de tratamento psiquiátrico. Na Europa, apenas a Itália aprovou lei antimanicomial. Os outros países estão fazendo uma "reforma psiquiátrica" mais moderada, aprendendo com os erros e acertos norte-americanos e italianos.

Contudo, apesar das mudanças, dos novos medicamentos e das descobertas sobre o funcionamento do cérebro, permitindo maior conhecimento e melhores resultados no tratamento dos pacientes, antigas idéias e preconceitos permanecem.

A aludida "reforma psiquiátrica" é, inequivocamente, uma realidade em todos os países do primeiro mundo, avançando também nos países em desenvolvimento. As orientações da OMS, para o setor são para que se evitem atitudes radicais, nas mudanças, como desativar instituições hospitalares antes que novos serviços estejam em funcionamento. Orientam ainda que se busque planejamento e legislações que humanizem o tratamento, garantindo um período de tempo que permita aos pacientes às famílias, aos profissionais de saúde e à sociedade em geral, a adequação ao novo modelo de tratamento, que deixa de ser centrado no hospital, passando este a ser parte da rede de assistência aos portadores de transtornos mentais que deverão ser encaminhados para equipamentos comunitários, como postos de saúde, oficinas terapêuticas de centros de convivência.

A propositura em epígrafe de autoria dos preclaros Deputados Volnei Morastoni Idelvino Furlaneto, faz parte de um grupo de diversos projetos apresentados por Parlamentares da mesma grei partidárias (PT) em Assembléia Legislativas de vários Estados da Federação. Todos têm como base o PL n° 8 da Câmara dos Deputados da lavra do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Senado, eis que aprovado na Câmara, em 1989, sem discussão, mercê de acordo de lideranças. O projeto tornou-se polêmico, gerou intensa discussão nos meios acadêmicos, e teve o grande mérito de trazer para a sociedade a discussão sobre a assistência aos portadores de transtornos mentais. Segundo Valentim Gentil, Prof. Titular de Psiquiatria da USP: "O Projeto Delgado foi construído sobre a distorção da idéia de proibir construção de hospitais psiquiátricos tradicionais, manicomiais. Ele poderia ser inócua, pois nada digno de nota foi construído neste país, desde a década de 50. Entretanto, ele impediria investimentos futuros em modernos hospitais, necessários para as atividades diagnosticas, terapêuticas e de pesquisa. A lei estadual proposta, (tão igual a de outras unidades federadas, que parecem clones), além de decretar, a essência, o "impeachment" do psiquiatra, "criminaliza" questões técnicas altamente complexas.

Atualmente, o PLC n°8, foi substituído pelo voto em separado do Senador Lucídio Portela, aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, pela ampla maioria dos Senadores presentes. Transcrevemos parte do voto do Senador José Fogaça, pela pertinência e oportunidade: "...Quero fazer um elogio ao Parecer e ao Relatório do Senador Lucídio Portela, no seu voto em separado, que é um modelo de equilíbrio, bom senso e de análise.

O Relatório do Senador Lucídio Portela nos leva à seguinte questão: fechar os hospitais psiquiátricos é mais barato, torna o investimento em saúde mais barato, porque vai reduzir o conjunto de equipamentos específicos da área médico-hospitalar, que muitas vezes são mais caros. Vai quem sabe tirar dos governos a responsabilidade de investir nestes equipamentos que são específicos e necessários à área médica. Realmente barateia muito a saúde no Brasil.

Agora eu pergunto: é mais barato, mas é mais adequado? Será que a questão da saúde mental pode ser tratada desta maneira? Vamos reduzir os

investimentos, os recursos, vamos baratear fechando os hospitais psiquiátricos e empurrando os doentes mentais para um tratamento considerado mais de assistência social do que médico? É mais adequado? Não creio Sr. Presidente.

Ao longo do tempo, pude constatar isto. Quando visitei alguma instituição específica em outros países, toda vez que eu podia eu solicitava um desses *cases papers*, que são textos ou materiais produzidos a respeito dessa experiência. Muitas vezes, até fui falar com pessoas ligadas a essas experiências no Estado Unidos. E, lá, o que aconteceu? As famílias não fizeram restrições em receber seus parentes que sofrem de doença mental. Mas com o passar do tempo, a experiência provou que algumas pessoas que tem um distúrbio de comportamento ou doença mental, ao longo de seis meses, de um ano, de dois anos vão criando um desequilíbrio nas relações internas da família. As famílias ricas contratam enfermeiros. Nas famílias pobres o filho acaba na rua como *homeless*, como um sem teto. Este cidadão não irá trabalhar em lugar nenhum, não irá praticar nenhuma atividade produtiva e será também, possivelmente, uma pessoa que não irá agredir ninguém, mas será uma pessoa absolutamente abandonada. Portanto este processo de desinstitucionalização mostrou, que também pode na prática desagregar e desestabilizar. Fui falar com pessoas que viveram esta experiência.

Dados comprovam que a esquizofrenia não é só uma questão cultural. Herdamos uma concepção científica do século XIX, que baseava toda experiência de desequilíbrio e distúrbio mental e emocional a partir de processos culturais: a cultura, o mundo, a vida, as relações sociais é que produziram as pessoas perturbadas mentalmente.

Hoje está provado que é uma questão biológica, transmitida hereditariamente, e que em torno de 1% da humanidade pode desenvolver esquizofrenia, podendo tomar-se aguda e patológica em níveis insuportáveis. Há também uma concepção biomédica que diz que os tratamentos medicamentosos só podem ser prescrito por médicos e que muitos tratamento devem ser feitos em hospitais.

Os hospitais psiquiátricos, por exigência do Ministério da Saúde, além dos médicos tem que ter psicólogos, assistentes sociais, e o prontuário do paciente tem que ter assinatura desses profissionais que não são médicos.

No parecer do Senador Lucídio Portela, Sua Exa., permite a continuidade dessas instituições e incorpora todas as reivindicações dos setores e corporações, digamos assim, mais vinculados à idéia da extinção".

Dito isto, impende anotar que o Projeto de Lei 340, contem, s.m.j., os mesmos equívocos encontrados na sua versão nacional, porque

- Mantém a designação "aos que padecem de sofrimento psíquico", ao definir os beneficiados pelo projeto, que é um termo ambíguo, indefinido e tecnicamente incorreto. O termo adequado, previsto no Código Internacional de Doenças (CID 10) publicado no Brasil em 1993, é "portadores de transtornos mentais".

● Considerando que hoje, mesmo nos países do primeiro mundo, que possuem hospitais especializados em psiquiatria, ao lado de inúmeros serviços ambulatoriais e comunitários, é consenso mundial que o tratamento dos portadores de transtornos mentais, em momento de crise, há que ser feito em regime de hospitalização. Logo, aprovação da lei, nos termos descritos, levaria à desassistência dos casos mais graves, pois ninguém investe numa instituição que está em extinção, por lei.

● O artigo 3º proíbe investimentos e ampliações em hospitais psiquiátricos e "institutos". desta maneira, os três únicos hospitais psiquiátricos de Santa Catarina, uma vez aprovada a lei, estariam em apuros imediatos. Dois são "Instituti" (Instituto São José e Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina -ex-Colônia Santana) e o terceiro é do Hospital de Rio Maina. Caso a lei fosse aprovada, mesmo a construção de uma instalação sanitária, poderia ser vedada, a teor deste preceptivo.

● O artigo 4º em seu § 2º, inadmite, absurdamente, a internação de portadores de alguns diagnósticos (dependência química, deficiência mental e epilepsia) em hospitais psiquiátricos, quando se sabe que portadores de transtornos mentais esquizofrênicos ou afetivos podem fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas ou de drogas e apresentar os dois diagnósticos concomitantemente.

● À luz do artigo 7º, em seu § 1º, dentro de 24 horas, a contar da internação psiquiátrica, o médico de plantão deverá comunicar ao Ministério Público tal fato. (Somente o IPQ-SC interna, em média, 250 a 300 pessoas por mês, circunstância que se presta para patentear o descabimento da proposição).

● Conforme o art. 8º, o Ministério Público deverá realizar vistorias periódicas nesses estabelecimentos psiquiátricos para verificar a correta aplicação da lei, o que, de "per si", coloca-os sob o sinete de uma atuação legalmente suspeita, ademais do que, são, antes de tudo, nosocômios, e não estabelecimentos de execução penal, para cujo fim existem os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, antigos manicômios judiciais, estes sim, afetos diretamente ao "Parquet".

● Adota a postura de criminalizar o ato da internação psiquiátrica, voltando-se para a extinção deste tipo de estabelecimento com base teórica no "Movimento Antipsiquiátrico", que teve seu momento de glória nas décadas de 50 e 60.

Com o único intuito de contribuir para a discussão mais aprofundada da matéria, que ostenta, inegavelmente, um amplo alcance social, tomamos a liberdade de apresentar o SUBSTITUTIVO diante do transcrito.

Lastreamo-nos nos "PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DAS PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL" que a Assembléia Geral da ONU adotou em 17-11-91, como Resolução. Serviram de subsídios também, as Resoluções do Conselho da Europa, Orientações da Coordenação de Saúde Mental da OMS, Textos da OMS sobre a Assistência Primária à Saúde, Informações Científicas do National Institute of Mental Health, Assessoria de Professores de Psiquiatria, Reuniões com Associações de Familiares de Portadores de Transtornos Mentais, Orientações da Secretaria Estadual de Saúde, Reuniões com profissionais de Saúde Mental em atividade nos serviços públicos estaduais, com especial destaque para os Médicos Psiquiatras Drs. Júlio Cesar Gonçalves e João Emani Leal.

Servimo-nos, ainda, do Substitutivo Global, aprovado no Senado, para a "Reforma Psiquiátrica no Brasil", cujo texto tem a aquiescência da comunidade científica e das associações de familiares de pacientes estaduais e nacionais.

Acreditamos que tal iniciativa implica a ampliação de PL 340, que deixa de ser um projeto "antimanicomial" para propor uma série de avanços, tais como:

1. Que os portadores de transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais enquanto pessoas humanas resguardados em qualquer estabelecimento de saúde de saúde mental a todo tempo;
2. Orientação para um modelo de assistência comunitária, dentro dos preceitos do SUS;
3. Criação de mecanismos de controle de internação involuntária, buscando preservar os direitos do paciente;
4. Ampliação constante de mecanismos de reabilitação e reinserção social do paciente, em todos os estabelecimentos de saúde;
5. Modernização constante dos Hospitais Psiquiátricos, para que dêem atenção integral ao portador de transtornos mentais, eliminando o velho modelo não-terapêutico, não-reabilitador e de abandono, que caracterizava o antigo hospício, cuja existência ninguém defende.
6. Conceituação clara dos três tipos de internação psiquiátrica:
 - a) Internação Voluntária;
 - b) Internação Involuntária;
 - c) Internação Compulsória.

Apresentamos a seguir a íntegra do texto da emenda substitutiva global

**SUBSTITUTIVO GLOBAL AO
PROJETO DE LEI DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA**

Nº 340/95

"Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, regulamenta a internação voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências".

DOS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 1º - São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, família, recursos econômicos, nível de gravidade, tempo de evolução de seu distúrbio, ou qualquer outra característica:

- a) acesso à melhor assistência para tratamento disponível no sistema de saúde;
- b) tratamento com humanidade e respeito à dignidade da pessoa humana;
- c) proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração;
- d) garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- f) obter o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- g) tratamento em ambiente terapêutico, o menos restritivo possível;

h) tratamento, preferencialmente, em estabelecimentos de saúde mental próximos de sua comunidade;

i) que a determinação de portador de transtorno mental seja feita de acordo com padrões médicos aceitos internacionalmente.

Art. 2º - Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, o usuário e seus familiares terão acesso a informações sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais.

DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 3º - Os portadores de transtornos mentais são usuários do SUS, em todos os seus níveis, com acesso garantido a todos os serviços oferecidos, devendo seu atendimento ser assegurado sem discriminação.

Art. 4º - Os programas de assistência à saúde mental devem ter como princípio as recomendações para a assistência à saúde geral, observados os seguintes requisitos:

a) assistência centrada na comunidade, mantendo o paciente integrado no meio familiar e sócio-profissional;

b) consideração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais inerentes ao ser humano, no planejamento da rede de assistência à saúde mental;

c) priorização das ações primárias à saúde, com atenção especial para aspectos de reabilitação e reinserção social;

d) visão da saúde mental como parte integrante da saúde geral da população, evitando preconceitos e atitudes discriminatórias;

e) funcionamento dos serviços de saúde mental e psiquiatria em conjunto com outros serviços de saúde, ocupando espaços físicos comuns;

f) garantia da existência de serviços e hospitais especializados em psiquiatria e saúde mental;

Art. 5º - A rede de assistência à saúde mental deve ter:

- a) níveis crescentes de complexidade;
- b) garantia de continuidade da atenção nos diversos níveis;
- c) multiprofissionalidade na prestação dos serviços.

Parágrafo único: Fazem parte da rede de assistência à saúde mental, entre outros:

1. Ambulatório de Psiquiatria e Saúde Mental;
2. Centro de Atenção Psicossocial;
3. Hospital - Dia;
4. Hospital - Noite;
5. Pronto-socorro de Hospital Geral;
6. Leito psiquiátrico em Hospital Geral
7. Pronto-atendimento Psiquiátrico;
8. Hospital Especializado em Psiquiatria;
9. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
10. Centro de Convivência;
11. Pensão Protegida;
12. Oficina Terapêutica.

DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR

Art. 6º - A hospitalização, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes.

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

§ 2º O tratamento será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao paciente, incluindo assistência médica, psicológica, social, ocupacional, de lazer, acompanhamento familiar e outras.

§ 3º Fica vedada a internação de paciente em instituições desprovidas dos recursos de assistência elencados no parágrafo anterior e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no artigo 1º.

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Art. 7º - A internação psiquiátrica somente será efetivada mediante laudo médico que explicita seus motivos.

Parágrafo Único: Existem três tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação Voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação Involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro;
- c) Internação Compulsória: aquela determinada pela justiça.

Art. 8º - A pessoa que solicita voluntariamente a sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, declaração de que optou por este regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da hospitalização voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente, ou por alta médica.

Art. 9º - A internação involuntária, será autorizada por médico, em face das seguintes condições:

- a) Se o estado clínico do paciente constituir risco iminente para si ou para outrem;

b) Se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado;

c) Se houver autorização expressa da família ou de representante legal do paciente.

Art. 10º - A hospitalização involuntária terá validade por 7 (sete) dias e sua prorrogação dar-se-á mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

§ 1º - A Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária será constituída por 2 (dois) membros da Comissão de Ética Médica do estabelecimento, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina, e por um médico representante do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º - O Ministério Público, *ex officio*, atendendo denúncia, por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da internação involuntária.

§ 3º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita de familiar ou responsável legal, ou com a alta médica.

Art. 11 - A internação compulsória é determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

Art. 12 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e óbito, serão comunicados pelo estabelecimento hospitalar aos familiares, ou ao representante legal do paciente, no prazo máximo de 24 horas da data do evento

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 14 - Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, em 15 de abril de 1997.

Deputado João Henrique Blasi
Relator

COLONIA JUVENIL DE TERCEIRA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMATRIA SOCIAL
Estrada Rodrigues Galvão, 3400
Jacarepaguá - Rio de Janeiro
CEP 22 700



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

(As Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2.º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1.º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2.º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3.º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1.º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3.º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei n.º 24.559, de 3-7-1934.

Justificação

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da "Lei Basaglia". A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância

Judicliária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar — da única forma possível — o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989. — Deputado Paulo Delgado.

LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA
PELA COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES

DECRETO N.º 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.

Art. 1.º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2.º Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juizes de órgãos, o juiz de menores, o Chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor-geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátricas, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por este escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1.º O Presidente nato do Conselho é o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

Desta prescrição estão isentas as pensões dos menores interditos e outros, que, privados da direção de suas pessoas e da administração de seus bens, estejam sob tutela ou curadoria, como o determina o art. 7.º do citado Decreto. (DO de 9-6-54.)

— Decreto n.º 857, de 12 de novembro de 1851 — Explica o art. 20 da Lei de 30 de novembro de 1841 relativo à prescrição da dívida ativa e passiva da Nação.

Art. 5.º Quando o pagamento que se houver de fazer aos credores for dividido por prazo de meses, trimestres, ou semestres ou anos, e se der a negligência da parte dos mesmos credores, a prescrição se irá verificando a respeito daquele ou daqueles pagamentos parciais, que se forem compreen-