

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

SABRINA GOMES

Florianópolis, março/2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

SABRINA GOMES

OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Florianópolis, março/2009

SABRINA GOMES

OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social. Orientadora: Profa. Dra. Maria Del
Carmen Cortizo.

Florianópolis, março/2009

SABRINA GOMES

OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

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

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Del Carmen Cortizo
Orientadora

Profa. Msc. Queli Anschau
1ª Examinadora

Msc. Sabrina Lopes Torres
2ª Examinadora

Florianópolis, 02 de março de 2009.

Dedico este trabalho aos meus
pais José Rogério e Otília, e
minha irmã Aline, sem eles
nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a minha família, meus pais José Rogério e Otília, que abdicaram seus sonhos em prol do meu e sonharam junto, que me apoiaram desde o início, me motivando sempre que o cansaço ou o desânimo se aproximavam, que seguraram minha mão nos momentos de tristeza e que principalmente sorriram junto comigo a cada passo;

A minha irmã Aline, por fazer as coisas se tornarem mais leves e lúdicas nesses cinco anos de caminhada em que moramos juntas, das longas conversas, do apoio incondicional, da motivação diária;

Ao meu aliado alado Rodrigo, que sempre esteve ao meu lado, que suportou as minhas crises, e me dizia que eu era capaz de conseguir ir até o fim, que chorou e sorriu comigo;

Um simples obrigada é pouco para expressar a importância de vocês na minha vida, eu os amo muito.

A minha querida e amada amiga Nana, que faz parte da minha vida há muitos e muitos anos e que acompanhou de perto todo o meu processo de formação, obrigada por todo incentivo e pela amizade sincera;

A amiga e assistente social Mariani Alflen, por todos esses anos de amizade, de longas conversas, de muitas gargalhadas, de alguns choros, de muitos momentos inesquecíveis, e principalmente por todo conhecimento compartilhado e por todo apoio a mim dispensado nessa fase final, meu muito obrigada;

A assistente social Sabrina Torres, uma pessoa que aos poucos se tornou amiga, que durante um pequeno período de tempo fez parte diária da minha vida, com longas discussões sobre o sistema prisional brasileiro e sobre um serviço social pautado na ética e que é capaz sim de promover mudanças dentro de tais instituições, garantindo os direitos humanos;

As minhas amigas Simone, Janifer, Marion, Francine, Dayane e Thati, sempre disponíveis, obrigada pelos desabafos, pela companhia, pelas risadas memoráveis, pelos momentos de sinceridade, obrigada pela amizade de vocês, as levarei comigo eternamente.

A todo o corpo técnico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em especial a três profissionais pelas quais tenho muito respeito: a assistente social e supervisora de campo Rita de Cássia, por toda a cumplicidade, por toda a sinceridade que permeou meus dois anos de estágio, que nos levou a uma amizade da qual sentirei saudades;

A professora de Cestaria do HCTP, Márcia, com quem tanto aprendi, a ser mais tolerante, a sorrir sempre, pois assim é mais fácil vencer as dificuldades e a lidar com situações adversas, minha eterna admiração;

E a psicóloga Silvia, pelo profissionalismo e, acima de tudo, pelo sorriso lindo e sincero com o qual nos encontrava todos os dias, e pelos longos e bons conselhos, Obrigada!

A minha orientadora Profa Maria Del Carmen, que durante seis meses de convivência se tornou uma das principais mestres que tive dentro da academia, não somente pela orientação, pela troca de informações e sugestões na construção deste trabalho, mas pelo incentivo e motivação durante esse último e importantíssimo processo acadêmico, muito obrigada!

A Professora Queli Anschau, pelos intensos debates em sala de aula sobre a atuação do profissional de serviço social que enriqueceram meu conhecimento, e pela sua participação em minha banca.

Não poderia deixar de agradecer uma pessoa que foi muito especial nesses anos, pela qual tenho um imenso carinho, que me aturou, me aconselhou e que me orientou sobre vários procedimentos burocráticos referentes ao curso sempre com um sorriso no rosto, a secretária do departamento de Serviço Social da UFSC, Rosana Gaio.

Aquelas pessoas que cotidianamente sonham, trabalham pela construção de novas possibilidades na luta pela cidadania e justiça social.

E por fim a Deus, sim, eu acredito em Deus, e agradeço pela vida e por ter colocado em meu caminho pessoas que me ajudaram a ser o que sou.

“Está escrito no primeiro capítulo do
Eclesiastes: O número dos loucos é infinito.
Ora, esse número infinito compreende todos os
homens, com exceção de uns poucos, e duvido
que alguma vez se tenha visto esses poucos.”

Erasmus de Rotterdam (1469 – 1536)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo realizar a contextualização da Política em Saúde Mental, descrever o surgimento dos Manicômios Judiciários no Brasil e refletir sobre os desafios profissionais do Assistente Social inserido na Área da Saúde Mental, bem como em Instituição Penal que possui como demanda específica o Portador de Transtorno Mental Infrator. Por meio de pesquisa bibliográfica a primeira seção relata a Política de Saúde Mental no Brasil e suas especificidades históricas. A segunda seção aborda o surgimento dos Manicômios Judiciários no Brasil, realizando também um resgate histórico sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina. Na última seção abordaremos sobre o surgimento do Serviço Social como profissão no Brasil, sua inserção na Saúde Mental e sua atuação no Sistema Prisional.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Lei de Execuções Penais.

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAD – Centro de Atenção Diária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social

CF 88 – Constituição Federal de 1988

CPAS – Centro de Atenção Psicossocial

CPF – Cadastro de Pessoa Física

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

COSAM/MS – Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DEAP – Departamento de Administração Prisional

EAS – Escola de Serviço Social

GEAM – Gerência de Apoio Médico-Psiquiátrico

GEAPO – Gerência de Apoio Operacional

GEJUR – Gerência de Serviços Técnicos Jurídicos

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPQ/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

LEP – Lei de Execução Penal

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PRH/P – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar/Psiquiatria

PNASH/P – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria

PTM – Portador de Transtorno Mental

RG – Registro Geral

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	14
1.1 NO PERÍODO COLONIAL.....	14
1.2 NO PERÍODO IMPERIAL AO REPUBLICANO	15
1.3 DA DÉCADA DE 1930 A 1960.....	19
1.4 DA DÉCADA DE 1970 AO FIM DOS ANOS 1990	20
1.5 NOS ANOS 2000	25
2 SURGIMENTO DOS MANICOMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL	29
2.1 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA.....	31
2.2 OBJETIVO, MISSÃO E ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DO HCTP DE SANTA CATARINA.....	33
2.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA DEMANDA.....	35
2.4 ESTRUTURA FÍSICA DO HCTP	37
2.6 O HCTP E A LEI 10.216	40
3 SERVIÇO SOCIAL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA	41
3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	46
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HCTP.....	51
3.3 O SERVIÇO SOCIAL CONFORME A LEI 7.210 – LEI DE EXECUÇÃO PENAL	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata sobre a especificidade da atuação do Assistente Social nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, sendo a atuação deste profissional orientada pela Lei de Execuções Penais. Este trabalho de conclusão de curso foi motivado pela experiência de estágio curricular e extracurricular realizado no HCTP do Estado de Santa Catarina, da Secretaria do Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, localizado no bairro Agrônômica em Florianópolis, que atende infratores portadores de transtornos mentais.

Através da constatação das poucas reflexões existentes sobre o papel profissional do assistente social dentro de instituições penais, mistos de cadeias e “manicômios”, tanto na academia quanto dentro do próprio espaço institucional em questão. Este trabalho através de pesquisa bibliográfica buscará abordar e discutir a atuação profissional dos Assistentes Sociais que atuam entre as diretrizes de dois instrumentos antagônicos, sendo: a Lei de Execuções Penais, com características conservadoras, funcionalistas e positivistas, e a Lei n. 10.216 que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais numa perspectiva humanista, e visa garantir os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação, visando primeiramente atender aquelas pessoas que vem de longa data de internação.

Este trabalho tem por objetivos específicos as seguintes questões: através de uma revisão teórica bibliográfica realizar a contextualização da política em saúde mental, descrever o surgimento dos manicômios judiciários no Brasil e refletir sobre os desafios profissionais do profissional do Serviço Social que tem como demanda o portador de transtorno mental infrator.

Ao longo da história da saúde mental no Brasil, percebemos alguns marcos que nortearam o atendimento ao portador de transtorno mental, bem como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o reconhecimento de direitos aos PTM's visando a desinstitucionalização conforme preconiza a Lei n. 10.216. Assim este trabalho configura-se da seguinte maneira:

A primeira seção aborda, brevemente, a trajetória da saúde mental no Brasil e suas especificidades históricas;

A segunda seção relata o surgimento dos manicômios judiciários no Brasil e realiza um resgate histórico da trajetória do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina, desde suas origens aos dias atuais;

A terceira seção discorre sobre o surgimento do Serviço Social como profissão no Brasil, sua inserção na saúde mental e sua atuação no sistema prisional.

1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.1 NO PERÍODO COLONIAL

A loucura tem sido objeto de reflexão da filosofia há séculos, nas reflexões de Platão (428- 327 a.C.), aparece como campo de saber sobre a natureza humana, a alma, as paixões, a ética e a moral. A existência das doenças mentais é tão antiga como a vida, mas não a sua identificação, a sua interpretação e os tratamentos aplicados, que vem sofrendo mudanças com o decorrer do tempo a fim de acompanhar os padrões culturais, socioeconômicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade (Espinosa, 1998).

No Brasil durante o período colonial, já aparece a preocupação com o “louco”, no auge da escravatura, quando o trabalho braçal e rural eram tarefas exclusivas dos escravos, ficando a população branca e pobre à mercê da própria miséria.

No período de colonização do Brasil não havia uma preocupação com a assistência psiquiátrica, uma vez que a “loucura” não era considerada uma doença. Conforme Gonçalves (1983), neste momento histórico o país precisava ser colonizado e inicialmente foram enviados para a colônia os desagregados, os loucos, os pobres, entre outros marginalizados da Europa.

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

Na concepção de Amarante (1998), aos loucos pobres, desde que mansos e passivos, lhes era permitido vagar pelas ruas das vilas, aldeias e campos, vivendo da caridade alheia. Entretanto, apresentando comportamento agressivo ou atividade indecorosa, eram recolhidos nas prisões, e conseqüentemente sofriam de maus tratos.

Os “loucos” eram excluídos e marginalizados, eram trancafiados nas cadeias públicas jogados, à própria sorte, não se adequavam ao sistema, queriam ser livres, sofriam toda espécie de maus tratos, mantidos nos porões das Casas de

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

1.2 NO PERÍODO IMPERIAL AO REPUBLICANO

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, segundo Amarante (2008):

As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais se torna impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira (AMARANTE, 2008, p. 74).

A cidade do Rio de Janeiro passa a ser sede do Império com a vinda da Família Real, conseqüentemente sua população é ampliada significativamente, pois a corte portuguesa veio acompanhada pela alta nobreza, militares e comerciantes. Tal fato fez surgir a necessidade do controle da população, e com isso, o recolhimento dos loucos das ruas, não com a finalidade de curá-los, mas sim, de proteger a sociedade do convívio com a loucura. De acordo com Foucault (1984):

(...) não era a loucura que incomodava e sim tudo que fugisse à normatização do estado burguês, da desrazão, da moral, ou seja, tudo que se mostrasse ser diferente dos preceitos da sociedade in loco (FOUCAULT, 1984, p. 78).

Um diagnóstico da situação dos loucos na cidade, realizado por uma Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1830, registra o início das transformações referentes ao tratamento dispensado ao “louco”, conforme

Amarante (2008):

É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um 'louco' submetido a tratamento (AMARANTE, 2008, p. 74).

Em meio a forte pressão social, em 05 de dezembro de 1852, foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro Hospício do Brasil, denominado de Hospital Pedro II.

A criação do hospício foi uma resposta aos problemas sociais causados por pessoas sem trabalho, que viviam na ociosidade a perambular pelas ruas e ameaçavam a ordem pública. Isso incomodava o Império, pois consideravam que era incabível ocorrer tal fato na sede da corte, nesse período da história, os problemas e conflitos eram caso de polícia.

A instituição psiquiátrica não se caracterizou por seu trato eficiente, mas porque resolvia um problema social, que era excluir o "louco" da sociedade, pois, de acordo com Foucault (1984, p. 79): "Estas casas não tinham vocação médica alguma, não se era admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer mais parte da sociedade".

Segundo Amarante (2008, p. 75), da criação do Hospício Pedro II até a Proclamação da República, os médicos não poupam críticas ao hospício, excluídos que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico. Os médicos reivindicam o poder institucional que se encontra nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja, com a ativa participação da Irmandade de São Vicente, pertencentes aos setores mais conservadores do clero. Em sua grande maioria, os alienistas, afirma o autor:

(...) compartilham dos ideais positivistas e republicanos e aspiram ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isto se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública,

da qual a medicina mental carece devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento (AMARANTE, 2008, p. 77)

É somente com o advento da República, conforme ROSA (2003, p. 88) que a “loucura e o louco tornam-se objeto de especialistas e ganham contorno de doença mental, ou seja, sai da psiquiatria do empirismo para a ciência”.

Com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando a denominar-se Hospício Nacional dos Alienados, ficando subordinado à administração pública.

Ainda no mesmo ano, foi criada a Assistência Médica e Legal dos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. Denominadas Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas situam-se na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador no Rio de Janeiro, e destinavam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. (Amarante, 2008).

Logo após, em 1901 foram criadas as Colônias de Juqueri em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio de Janeiro.

Em 1903 foi criada e promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, a Lei n. 1.132, de 22 de dezembro, que reorganiza a assistência aos alienados e também os protegia, pois o seu objetivo era fiscalizar as instituições psiquiátricas. (BRASIL, 1903).

Para Amarante:

(...) este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências européias (...). A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como conseqüência, passa a fornecer uma função nuclear na terapêutica asilar (AMARANTE, 2008, p. 76).

O primeiro diretor tanto da Assistência Médico-Legal aos Alienados quanto do Hospício Nacional dos Alienados, João Carlos Teixeira Brandão fortemente influenciado pela escola francesa de psiquiatria, tem sua gestão

caracterizada pela ampliação dos asilos.

Em 1903, Juliano Moreira, ao retornar de uma viagem de estudos à Europa, é designado para dirigir a Assistência Médico-Legal aos Alienados, com ele tem continuidade a criação de novos asilos iniciados na gestão anterior de João Carlos Teixeira Brandão, Juliano Moreira também tem a missão de reorganizar os asilos já existentes e a busca da legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional.

No ano de 1911 no Rio de Janeiro é criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para mulheres indigentes; em 1919 é criado o Curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de medicina de São Paulo, e em 1920 são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as obras do Manicômio Judiciário.

Em 1923 é criada por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, com características marcadamente, segundo Amarante (2008), eugenistas¹, xenofóbicas, antiliberais e racistas. Cujo pensamento principal é que a doença mental estava diretamente ligada à moral, a crença dos psiquiatras brasileiros nessa época, segundo ROSA é “que o país se degradava moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro” (2003, p. 92). Rosa diz ainda que,

Nesse sentido, o alcoolismo é percebido como causa da pobreza e da condição moral de seus dependentes; a sífilis é entendida como herança genética dos negros, e a miscigenação racial torna-se motivo da desorganização política e social (ROSA, 2003, p. 92).

Em 1930, após 27 anos na direção, Juliano Moreira é destituído pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas.

Por sua obra prática e teórica, passa a ser conhecido como o Mestre da Psiquiatria Brasileira. Moreira trouxe para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que compactua com o pensamento de que a psiquiatria não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender a recuperação de “raças”, a buscar a constituição de coletividades sadias.

O asilo passa a contar com uma nova ideologia, com o movimento da eugenia que o fortalece: “a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade”. (Amarante, 2008).

¹ A eugenia é um termo criado por Francis Galton (antropologista, meteorologista, matemático e estatístico inglês, nascido em 1822 e morto em 1911), que a definiu como o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente.

1.3 DA DÉCADA DE 1930 A 1960

É na década de 30 que a psiquiatria parecia ter encontrado a “cura” para as doenças mentais, pois foi nesse período histórico a descoberta e o uso intenso de terapias tais como: a eletroconvulsoterapia², as lobotomias³, o choque insulínico⁴ e o choque cardiazólico⁵.

Em meados da década de 1930 começa uma luta para transformar o caos social existente nos hospícios, humanizando dessa forma o tratamento do doente mental, é emitido então em 1934 o decreto nº. 24.559 de 3 de junho que promulga a 2ª Lei Federal de Assistência aos doentes mentais.

Mesmo assim, na década de 1940 a psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente, o Hospício Nacional de Alienados é transferido nesse período da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde passa a contar com novas instalações, ampliações de vagas e os modernos centros cirúrgicos para as lobotomias.

No ano de 1944 a assistência psiquiátrica é federalizada sob decreto n.7.055 de 18 de novembro, sendo que em 1953 tal órgão é agregado ao recém criado Ministério da Saúde, conforme descreve Rosa (2003, p. 96).

O processo de psiquiatrização é fortalecido ainda mais na década de 1950 no país, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos ou antipsicóticos, medicamento utilizado principalmente no tratamento de Psicoses.

Amarante nos lembra que:

Embora os neurolépticos tenham sua importante parcela de contribuição, cumpre lembrar que as mais importantes inovações no campo das reformas psiquiátricas, a exemplo das comunidades terapêuticas, foram realizadas antes mesmo do advento dos psicotrópicos. Por outro lado, cumpre observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da

² A Eletroconvulsoterapia (ECT) também conhecida por *Eletrochoques* é um tratamento psiquiátrico no qual são provocadas alterações na actividade eléctrica do cérebro induzidas por meio de eletrochoques nas têmporas, sob condição de anestesia. Hoje em dia, é um método utilizado mais frequentemente na depressão grave que não responde a qualquer outro tratamento, sendo também usada para tratar a esquizofrenia, mania ou catatonia. Muito embora seja controversa a utilização desse tratamento, os adeptos crêem que a ação é rápida e eficaz.

³ A lobotomia, mais apropriadamente chamada leucotomia (já que lobotomia refere-se a cortar as ligações de qualquer lobo cerebral) é uma intervenção cirúrgica no cérebro, onde são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia. A lobotomia foi a técnica pioneira e com maior sucesso da psicocirurgia.

⁴ Coma e convulsões induzidas por insulina injetada na veia, utilizada especialmente para tratar esquizofrenia.

⁵ Provocava convulsões para atingir a cura e abrir um novo campo terapêutico.

propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não, como mecanismos de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis” (AMARANTE, 2008, p. 79).

Nos anos que seguem a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. As novas técnicas na época serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange a assistência privada, mas em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização (Amarante, 2008).

Já na década de 1960, os institutos de aposentadorias e pensões são unificados, criando assim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Dessa forma, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e ao, ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde: pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários, conforme afirma Amarante:

Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 2008, p. 80).

Aquelas propostas mais inovadoras que buscavam uma alternativa não manicomial, como por exemplo: as comunidades terapêuticas, psiquiatria preventiva e comunitária, propostas de atenção primária, encontravam dificuldades sérias, principalmente nas barreiras de resistências levantadas pelos empresários e suas representações no aparelho do Estado (Amarante, 2008).

1.4 DA DÉCADA DE 1970 AO FIM DOS ANOS 1990

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. É frente a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico somado aos

esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos que o processo da Reforma Psiquiátrica iniciou (BRASIL, 2005).

O Brasil, após anos de repressão militar, em 1978, assiste à reemergência dos movimentos sociais. Destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano, tal movimento que questionava a política de assistência psiquiátrica vigente, somadas a várias inquietações e denúncias a respeito dos maus tratos aos doentes mentais, levando assim aos primeiros avanços da Reforma Psiquiátrica.

O MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas que ganha corpo, conforme Vasconcelos (2002),

com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180 na Itália que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos. Uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho do Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa (...) apesar de algumas de suas lideranças pertencerem ao serviço público. Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram:

- _denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- _denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- _denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- _primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2002.a, p. 23).

Através de variados campos de luta, que o MTSM passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência aos portadores de transtorno mental (PTM) (BRASIL, 2005).

A inspiração, como vimos, veio da experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio, pois tal

experiência mostrava que a ruptura com os antigos paradigmas era possível. No início dos anos 80 na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos, no Rio de Janeiro, surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência.

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março, em Brasília, cujas questões principais eram: "Saúde como dever do Estado e direito do cidadão", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento setorial". Algumas propostas, que tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontram, agora, diferentes percepções e alternativas, uma vez que eram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

No ano de 1987, acontece na cidade de Bauru o II Congresso Nacional do MTSM, adotando o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro, sendo proposta a revisão e a reformulação de toda a legislação de saúde mental, revisão das leis reunidas no decreto n. 24.559 instituído em 1934; do Código Penal e Civil Brasileiro de 1916. Surge ainda nesse mesmo ano o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo.

Para Miranda (2007) citando Amarante (1998), a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca a dissociação do Movimento de Trabalhadores em Saúde do Movimento de Reforma Sanitária, na medida em que é percebida a impossibilidade de reformular a assistência prestada ao doente mental, sem trabalhar o âmago da questão, sem destruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidado, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução da subjetividade, inicia-se assim a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Já no ano seguinte, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira (CF88), com esta é estabelecido o tripé da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). A CF88 reforça o que foi redefinido na VIII Conferência Nacional de Saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei n. 8.080.

O SUS foi um elemento decisivo e impulsionador da Reforma Psiquiátrica Brasileira no sentido de que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de servir de suporte para a ampliação do debate e da luta pelos

direitos instituídos na CF/88, em prol de um atendimento de qualidade e humanizado aos portadores de transtorno mental (Miranda, 2007).

Em 1989 inicia um processo de intervenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005).

Foi este fato de repercussão nacional, que colocou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, são implantados no fim dos anos 80 na cidade de Santos, foram também criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível (BRASIL, 2005).

Neste contexto, no ano de 1989, surge no Congresso Nacional o projeto de Lei 3657 do Deputado Paulo Delgado de Minas Gerais, que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos e manicômios em geral, Amarante (1998) nos mostra que:

(...) ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, tal projeto de lei desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de outros projetos de lei de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 81).

No ano seguinte, é realizado um evento que para muitos é considerado um marco histórico para a saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário

(Hirdes, 2007).

Em 1991 é instituída a Portaria n.189 que prevê a ampliação de novos serviços na área de saúde mental, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial, e em 1992 é emitida a Portaria 224/92 (BRASIL, 2002), que estabeleceu melhorias na assistência dos hospitais e prevê a diminuição do número de leitos psiquiátricos, instituindo-se a regulamentação das atividades psicossociais desenvolvidas nos CAPS, atendimento ambulatorial, internações breves (com o máximo de 72 horas) e outros pertinentes à assistência psiquiátrica (Darós, 2004).

Devemos ressaltar a realização em 1992, da IX Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema foi “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”, sendo que a principal exigência dos eventos foi o direito à cidadania e a exigência para que a lei fosse de fato cumprida.

O Movimento de Luta Antimanicomial promove o primeiro encontro em Salvador no ano de 1993, onde mais uma vez a discussão gira em torno da extinção dos manicômios. É então que nasce a proposta do Programa Nacional de Saúde Mental, decorrente da reunião de integrantes do Movimento, e mediante a forte pressão da sociedade civil, o Governo Federal compõe a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica sob a Resolução n.93/1993, da qual a missão era dar novo significado aos rumos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

É nesse contexto que, surge a proposta para o Programa de Apoio à Desospitalização, gerenciado pelas Secretarias Municipais de Saúde, Programa este, que de acordo com Darós (2004):

(...) seria voltado aos internos dos Hospitais Psiquiátricos por mais de cinco anos, sem necessidade de continuar internados, podendo dar continuidade ao tratamento a nível ambulatorial e sem vínculo familiar. A intenção era fazer com que o PTM voltasse ao convívio social, pois o custo para mantê-lo internado seria maior do que apoiá-lo fora da instituição. Dessa forma, o Programa de Apoio à Desospitalização previa uma rede de suporte assistencial de atenção comunitária, sobretudo em saúde e judiciária, com acompanhamento contínuo de equipe multiprofissional (DARÓS, 2004, p. 22).

É em 1994 que o projeto terapêutico das instituições psiquiátricas é regulamentado através da Portaria n. 147/94 (BRASIL, 1994), tal projeto prevê: avaliação médica, avaliação psicológica e social, atendimentos individual e em grupo, suporte à família do PTM e preparação do paciente e família para a alta hospitalar.

A criação de mais CAPS mantidos pelas Prefeituras Municipais é prioridade do novo modelo de assistência. Com isso o PTM tem condições de uma vida mais próxima ao convívio social; porém, devemos lembrar que para tanto, não se torna necessário o apoio familiar, pois, como afirma Rosa (2003):

(...) a família é percebida como um recurso, dentre outros; entretanto, não constitui necessariamente o destino inevitável do portador de transtorno mental, como postula o receituário neoliberal (ROSA, 2003, p. 127).

Em 1995, ocorre o Segundo Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, com o tema “Exclusão Social e Cidadania”, dentre os temas, foi defendida a cidadania total, sem recortes ou restrições, também foram defendidas as pensões protegidas e residências terapêuticas. Logo após esse Encontro, tivemos alguns resultados, conforme discorre Rosa (apud Schechtmann),

(...) foram abertos aproximadamente dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais, 3% do total das internações psiquiátricas em 1996, e instalados cerca de 200 hospitais-dia e centros de atenção psicossocial no país (ROSA *apud* SCHECHTMANN, 2003, p. 133).

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM – MS) diminuiu o número de hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos, também como consequência, mas ainda persistia o modelo hospitalocêntrico.

1.5 NOS ANOS 2000

Em 05 de Abril de 2001 é aprovada a Resolução n. 319, (BRASIL 2007) que solicita a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, considerando que houve a aprovação da moção de reivindicação de tal Conferência na 11ª Conferência Nacional de Saúde, considerando:

- a) que a última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada há quase uma década, em 1992;
- b) que, desde então houve grande mudança, não apenas no âmbito de saúde mental, mas de todo o setor saúde, com o advento das NOBs 93 e 96 e NOAS-SUS 01/01;
- c) que, apesar dos avanços ocorridos nesse percurso, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem encontrado obstáculos de natureza cultural, institucional e política para sua integral concretização;
- d) a necessidade da sociedade brasileira de re-pactuar os princípios,

- diretrizes, recursos e prazos deste processo;
- e) a importância das portarias normatizadoras do setor, tais como a 189/91 e 224/92 que necessitam serem revisadas a fim de atualizar as modalidades de serviços e procedimentos nas tabelas SIA/SIH/SUS;
- f) que se torna necessário, também proceder divulgação das portarias 106/99 e 1.220/00, que instituem e regulamentam os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental;
- g) que a Portaria 799/00 introduziu novos mecanismos e estratégias de fiscalização dos serviços psiquiátricos e de atenção psicossocial, necessitando serem avaliados no processo de implementação;
- h) a necessidade fundamental da ampliação da participação dos usuários e de familiares do setor e nas diversas instâncias do controle social;
- i) a importância atribuída ao tema entre os delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, no painel sobre saúde mental e nos grupos de trabalho, indicando a necessidade de em espaço específico, ampliado e legítimo como a Conferência;
- j) que, no dia 7 de abril de 2001, será lançada a Campanha do Dia Mundial da Saúde, dedicado ao tema Saúde Mental, com a campanha “Cuidar Sim, Excluir Não” (BRASIL, 2007, p. 473).

Em 06 de abril de 2001 é aprovada no Congresso Nacional a Lei 10.216, (BRASIL, 2001) – após 12 anos de batalha por uma lei que garantisse os direitos do PTM, lei essa que dispõe sobre a proteção e direitos dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico, e que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e que no seu artigo 2º, parágrafo único, diz que o portador de transtorno mental tem direito a:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A lei foi um marco divisório no que tange a saúde mental no país, como garantia de direitos para aos portadores de transtorno mental que há muito estavam sendo excluídos socialmente. Com esse novo enfoque, se amenizou o modelo hospitalocêntrico, que além de ser pouco eficaz, tende a favorecer o isolamento e a segregação, os leitos hospitalares convencionais tendem a manter os pacientes internados por longos períodos (mais da metade dos leitos ficam ocupados por

peças há vários meses ou anos), e por isso participam pouco da oferta efetiva de serviços (BRASIL, 2001).

É nesse contexto que, nos dias 11 a 15 de Dezembro de 2001, é realizada então, em Brasília/DF a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como proposta:

a) Apoiar incondicionalmente a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, voltada para o fim dos manicômios, garantindo o financiamento das três esferas de governo para os diversos serviços de saúde mental que os substituam e a fiscalização sobre os hospitais psiquiátricos; b) Implementar ações na política de saúde mental que garanta suporte terapêutico para familiares e portadores de transtornos mentais, com vistas à reinserção social; cumprindo as legislações referentes à implantação de atendimento na área de saúde mental (224/92, 106/00) que garante assistência integral e humanização do atendimento aos doentes mentais; c) Criar mecanismos para que cada município tenha, pelo menos uma equipe mínima de saúde mental; d) Criar uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente; e) Sistematizar as supervisões e auditorias dos serviços de saúde mental, visando a implementação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica; f) Estender o atendimento psicossocial para todas as regiões do país, garantindo a construção das Residências Terapêuticas e apoio à proposta de criação de um serviço de cuidado médico (NAPS, CAPS, HD), no mínimo em municípios ou microrregiões com 70.000 habitantes; g) Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental; h) Que o Conselho Nacional de Saúde faça gestão junto aos CES e CMS no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação da reforma psiquiátrica e que, ao mesmo tempo estes conselhos atuem no monitoramento dessa política; i) Reconhecer e acolher o portador de sofrimento psíquico em hospitais gerais (emergências e enfermarias), promovendo a continuidade do tratamento por meio da integração com os serviços substitutivos da rede (NAPS, CAPS, Lares Abrigados, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, PSF/PACs (BRASIL, 2002, p. 8-9).

Em 2003, o Governo Federal (atendendo o disposto na Lei 10.216), cria o Programa “De Volta Para Casa”, através da Lei n. 10.708, trata-se de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, visa o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$240,00 mensais por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não apresente condições de se reintegrar socialmente.

Iniciativas como esta contribuem para o processo de desinstitucionalização, nesta conjuntura de concessões de direitos, a Reforma Psiquiátrica se consolida em dois movimentos básicos: a construção efetiva de uma

rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução programada e progressiva dos leitos psiquiátricos existentes. Esses processos têm-se mostrado fundamentais para a inclusão e efetivação da reintegração do PTM na sociedade (Amarante, 2008).

Devemos lembrar que os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária propiciaram uma concepção e prática em saúde mental mais politizada e veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas refrações da questão social na área de saúde mental. O Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe uma grande abertura para a atuação do Serviço Social em saúde mental, devido à formação desses profissionais (Bisneto, 2007).

2 SURGIMENTO DOS MANICOMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL

A história nos mostra que os comportamentos considerados desviantes foram ao longo dos tempos interpretados de maneiras diferentes e receberam também tratamentos diferentes. Pelos povos primitivos a loucura era vista como algo sagrado, tinham-se os atos praticados pelos loucos como manifestações divinas. Já os índios através de cerimônias religiosas os homenageavam, pois tinham respeito e veneração pelos perturbados mentalmente (RESENDE, 2007).

Segundo Foucault (1997), foi no início do século XVI com a interferência da Igreja que a loucura passa a ser vista como manifestação diabólica e fruto da imaginação imoral. Para o doente mental que cometeu algum delito, o tratamento era extremamente rigoroso, Foucault (1997) coloca ainda que no século XVIII, o condenado era submetido a rituais públicos, os quais eram sinalizados com dizeres ou objetos chamativos que aludissem e caracterizasse o crime cometido, o criminoso era executado num ato aterrorizante.

Conforme Oliveira (2003, p. 26) no Brasil, no século XVIII o requinte de crueldade se deu de três formas: “em morte cruel por meio de lentos suplícios, morte atroz e morte simples, ou seja, com a supressão da vida, mas sem rituais de suplício”.

Piccinini (2002, p. 1) pontua um avanço já no Código Criminal do Império que trazia em seu artigo 10, parágrafo 2, “a declaração de irresponsável o indivíduo que praticasse algum ato delituoso em estado de perturbação mental”. O artigo 12 dizia ainda que: “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer conveniente”.

Como não havia locais especiais para recebê-los uma alternativa eram as Casas de Correção, contudo muitas dessas Casas se recusavam a receber alienados criminosos (RESENDE, 2007).

O Decreto n. 1.132, de 22/12/1903, determina, no Brasil, a separação dos doentes mentais que cometeram crimes, considerados perigosos, daqueles que não praticaram nenhum ato contra a lei jurídica. Assim, a construção de manicômios judiciários tem início baseado no decreto acima e na periculosidade sugerida pela

doença e, ainda, influenciado pelas idéias de Lombroso⁶ (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2007).

O Hospício Nacional do Rio de Janeiro inaugura a Seção Lombroso, na Urca, em 1920-21, destinada a confinar doentes mentais que cometerem crimes, sob a direção de Heitor Carrilho, sendo esta instituição uma das primeiras referências brasileiras para loucos infratores.

Carrilho procurou, através da proposição de dispositivos legais (Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903), a distinção do que chamava de “verdadeiros alienados” em relação aos criminosos que neste período ficavam em um espaço comum não possuindo um tratamento diferenciado:

Ficava proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. O artigo 11 deixava explícito que, ‘enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem’. Como conseqüência da lei, foi instalada uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinqüentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de alienados. Surgiu a Seção Lombroso que funcionava com muitos problemas e que foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921 (PICCININI, 2002, p. 2).

A construção dos manicômios judiciais ocorreu no Brasil em meados da década de 1920, como uma necessidade na época. Ocorre o surgimento na paisagem brasileira dos primeiros manicômios judiciais, o código penal de 1940, fortemente influenciado pelas doutrinas positivistas em defesa da ordem social, se adequou aos novos discursos sobre o tratamento do louco-criminoso. O código penal, promulgado por Getúlio Vargas, considera como inimputáveis os criminosos com doença mental que seja incapaz de entender o caráter ilícito do fato, regulamentando as medidas de segurança de internação, tratamento e perícia médica. O louco criminoso, neste momento, conforme as teorias lombrosianas,

⁶ As idéias de Lombroso sustentaram um momento de rompimento de paradigmas no Direito Penal e o surgimento da fase científica da Criminologia. Lombroso e os adeptos da Escola Positiva de Direito Penal rebateram a tese da Escola Clássica da responsabilidade penal lastreada no livre-arbítrio. Lombroso expôs em detalhe suas observações e teorias na obra *O Homem Delinqüente* cuja primeira edição apareceu em 1876, convertendo-o em celebridade. Este autor apontava as seguintes características corporais do homem delinqüente: protuberância occipital, órbitas grandes, testa fugidia, arcos superciliares excessivos, zígomias salientes, prognatismo inferior, nariz torcido, lábios grossos, arcada dentária defeituosa, braços excessivamente longos, mãos grandes, anomalias dos órgãos sexuais, orelhas grandes e separadas, polidactia. As características anímicas, segundo o autor, são: insensibilidade à dor, tendência a tatuagem, cinismo, vaidade, crueldade, falta de senso moral, preguiça excessiva, caráter impulsivo.

passa a ser considerado um perigo à ordem social, devendo ser recolhido em Manicômios Judiciários enquanto durar sua periculosidade.

Com a reforma penal de 1984, contudo, o novo código adota o sistema vicariante e a medida de segurança⁷ funda-se na periculosidade social do sujeito inimputável⁸ e semi-imputável⁹ e passa a ser aplicada apenas aos inimputáveis, tendo como fundamento a natureza preventiva. Este código enunciou apenas duas medidas de segurança, sendo uma de cunho privativo em hospitais de custódia e outra de cunho restritivo em tratamento ambulatorial.

2.1 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA

Florianópolis contava no século XIX (TAVARES, 2002) apenas com sua cadeia pública (onde hoje é a atual Câmara de Vereadores) para receber os delinqüentes da cidade, inclusive os “loucos, os escravos malcomportados e os alcoolistas”.

Em 1900 o Padre Luiz juntamente com o Bispo D. João Becker, com o auxílio do governo estadual, dão início a construção de um hospício em Azambuja, a idéia a princípio era abrigar todos os doentes mentais do estado, em 1917 o hospício contava com 47 pacientes, rapidamente esgotou-se a lotação, que chegou a 300 pessoas (Tavares, 2002).

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

⁸ A inimputabilidade pode se dar tanto por incapacidade de compreensão da antijuricidade, quanto por incapacidade para autodeterminar-se conforme a compreensão da antijuricidade. No primeiro caso, a culpabilidade é eliminada porque cancela a possibilidade exigível da compreensão da antijuricidade e, no segundo, por estreitar o âmbito de autodeterminação do sujeito (ZAFFARONI e PIERANGELI, 2001 *apud* WEIGERT, 2007)

⁹ Entre os limites da imputabilidade e da inimputabilidade encontra-se a semi-imputabilidade, designada no parágrafo único do art. 26 do Código Penal. À imputabilidade diminuída corresponderiam os estados atenuados, incipientes e residuais de psicoses, determinados estágios de oligofrenias, os transtornos mentais transitórios – quando atingem, mas não excluem a capacidade de entendimento e vontade – e, em grande parte, as denominadas personalidades psicopáticas, que são figuras que se desviam da medida comum sob aspecto intelectual, emocional ou volitivo, perdendo assim o equilíbrio e a harmonia necessários ao perfeito ajustamento às condições da vida social (WEIGERT, 2007).

Foi apenas em 1923 que passou a funcionar o Hospício Schneider, na cidade de Joinville, com capacidade para cem pacientes, mais tarde ampliado para 250 leitos.

Com o passar do tempo, a situação era de superlotação nos hospícios catarinenses e, principalmente, o fato de não terem tais instituições corpo técnico especializado para tratar a demanda, o então Governador Nereu Ramos lança o projeto de construir um estabelecimento específico, em 1940, com verbas federais, constrói-se um macro hospital, o Hospital Colônia Santana, na cidade de São José, dessa forma, foram fechados os hospícios de Azambuja e Joinville (TAVARES, 2002).

Em 1949, o Hospital Colônia Santana contava com 543 pacientes e apenas três médicos para atendê-los.

No ano de 1970, no governo de Ivo Silveira, visando atender as exigências do Código Penal Brasileiro, que determinava que indivíduos acometidos de doença mental que cometessem crime deveriam ser tratados em manicômios judiciários, iniciou-se no mesmo terreno da atual Penitenciária de Florianópolis a construção do Manicômio Estadual de Santa Catarina. Até então, todos os doentes mentais que haviam cometido crimes eram internados no Hospital Colônia Santana.

Em 1971 foi inaugurado o Manicômio Estadual de Santa Catarina, de acordo com a lei estadual nº 4559 de 1971. Com a reforma do Código Penal Brasileiro, em 1984, a denominação passou de Manicômio Estadual de Santa Catarina para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

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

O HCTP passou a receber os primeiros pacientes somente em 7 de setembro de 1971, com a contratação de 14 agentes de segurança. Até então, os pacientes cumpriam medida de segurança no Hospital Colônia Santana (atual Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina IPQ/SC), pois como já mencionado, não havia instituição específica para tratar de doentes mentais que haviam cometido algum crime.

Em novembro de 1971, por ordem judicial, começaram a ser expedidos os primeiros laudos de sanidade mental dos pacientes. Com a crescente demanda, a instituição passou a fazer atendimento ambulatorial, intercorrência psiquiátrica e exame toxicológico. Segundo Cordioli (2004, p. 46), “nesta época, o Hospital encontrava dificuldades a toda hora, desde a falta de técnicos qualificados até a de medicamentos”.

Passados 37 anos de sua inauguração houve uma ampliação dos leitos de quarenta e cinco para noventa e três, mas o número de pacientes hoje é em média de 130 a 140. O aumento do número de leitos, porém não foi acompanhado pelo aumento de recursos humanos. Ao contrário, a equipe técnica foi reduzida a um terço da quantidade inicial.

No HCTP são realizadas perícias judiciais de dependência toxicológica, de sanidade mental, criminológica para progressão de regime e de cessação de periculosidade e para receber, em regime de internamento, tratamento médico especializado.

Atualmente os portadores de transtorno mental que cometeram crime, por lei são considerados inimputáveis e cumprem medida de segurança, de caráter terapêutico em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Estes Hospitais de Custódia devem assistir os doentes mentais com equipes multiprofissionais, educação e formação profissional que garanta ao interno a reintegração sócio-familiar. (BRASIL, SUS 2004).

2.2 OBJETIVO, MISSÃO E ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DO HCTP DE SANTA CATARINA

O HCTP é uma instituição pública dedicada à prestação de serviços com a finalidade de defesa social e de clínica psiquiátrica e está sob a responsabilidade do Estado. Integra o Sistema Penitenciário, está vinculado à Secretaria de Estado e Segurança Pública e Defesa do Cidadão¹⁰, com subordinação direta ao Departamento de Administração Prisional – DEAP.

¹⁰ A Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão foi criada através da Lei Complementar nº 243, de 30 de janeiro de 2003, que estabeleceu a nova estrutura administrativa do poder executivo, determinando a subordinação dos órgãos que trabalham a questão a um único comando.

O HCTP tem por objetivo: *“Oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização”*. Tendo por missão: *“Tratar e recuperar os internos, buscando uma reintegração deles ao meio social e custodiar estes indivíduos que por determinação judicial tem uma medida de segurança a cumprir”*.

Sendo que, de acordo com o decreto nº 4.283 de 27 de fevereiro de 1994, o HCTP, tem as seguintes finalidades:

I - realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;

II - receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;

III - proceder a exame de insanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;

IV - exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica.

O HCTP atua dentro do Estado de Santa Catarina prestando serviços a pedido da Justiça Penal catarinense para todo e qualquer cidadão maior de idade que se envolva em processos criminais dentro da jurisdição de nossos juízes e que necessite ser submetido ao exame de sanidade mental, de dependência toxicológica, de cessação de periculosidade, de exames criminológicos (para sentenciados comuns que não estão internados no HCTP e desejam obter livramento condicional ou mudança de regime), além de manter sob custódia aqueles indivíduos que são submetidos à medida de segurança, conforme prevê a lei penal brasileira, ou que são transferidos de outras unidades prisionais para tratamento psiquiátrico temporário.

O organograma institucional que representa a hierarquia na estrutura organizacional da instituição está posta da seguinte forma, segundo regimento interno: a Gerência de Apoio Operacional – GEAPO juntamente com a Gerência de Serviços Técnico-Jurídicos – GEJUR constituem os Órgãos de Atividades-Meio, a Gerência de Apoio Médico-Psiquiátrico – GEAM é o órgão de Atividade Finalística, essas Gerências estão diretamente subordinadas ao Órgão de Direção Superior que é a Direção Geral do HCTP, o Serviço Social está subordinado a GEAM, portanto

não possui Gerência própria, e o setor de Farmácia está diretamente subordinado a Direção Geral.

Em relação a equipe de trabalho, a instituição comporta uma gama de especialidades, caracterizando assim uma equipe multiprofissional, constituída pelas seguintes áreas do conhecimento: médica, psiquiátrica, odontológica, serviço social, direito, educação física, enfermagem, psicologia, apoio administrativo e segurança, além dos demais profissionais que atuam na alfabetização dos internos e nas oficinas terapêuticas, que possibilitam não só uma reconstrução da identidade dos internos, além de funcionar como uma terapia ocupacional, as oficinas propiciam aos internos noções de orçamento de renda, pois cada participante recebe da venda do produto confeccionado 60% sendo que os 40% restantes são destinados a compra de materiais para a continuidade da oficina (MIRANDA, 2007).

Ainda assim, não podemos negar que há defasagem no quadro funcional, principalmente no que diz respeito à atenção direta ao paciente, não podemos negar também que os estagiários representam o quadro rotativo de prestação de serviços, vale ressaltar que apenas dois setores recebem e supervisionam estagiários: serviço social e enfermagem.

2.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA DEMANDA

O público atendido no HCTP é somente do sexo masculino, é o único hospital do gênero no estado e não possui ala feminina. A demanda feminina é atendida e cumpre determinação judicial no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), ex-Colônia Santana.

Conforme a última pesquisa realizada por Marca no HCTP que data de 2002, a clientela internada em sua maioria, tem nível sócio-cultural baixo: 67% tem o ensino fundamental incompleto; 12% são analfabetos. Quanto ao motivo da hospitalização, 64% dos internos cumprem medida de segurança, que vai de um a três anos; 18% aguardam laudo de sanidade mental e/ou sentença; 18% são provenientes de outros estabelecimentos penais e encontram-se internados para tratamento. E, conforme a pesquisa, 35% dos internos já cumpriram a medida de segurança determinada, mas permanecem na instituição por falta de apoio sócio-familiar e/ou pela situação de doença. A maioria não tem vínculo previdenciário,

decorrente da falta de profissionalização e acesso ao emprego informal.

A faixa etária dos internos varia entre 18 e 60 anos de idade, mas está concentrada entre 28 e 32 anos; 83% são de etnia branca. Quase a metade dos pacientes-44% são reincidentes. Isso demonstra a ineficiência do tratamento na reinserção dos indivíduos (MARCA, 2002).

Alguns fatores contribuem para reinternação: situação sócio-familiar e econômica do paciente que, em geral, possui vínculos familiares e ou sociais tênues e não tem condições de se manter fora do hospital; precariedade do tratamento na rede de assistência em saúde mental (atenção básica ambulatorial) e o fato de que a maioria volta a fazer consumo de drogas.

Não se pode deixar de considerar que essa situação também é reflexo da falta de estrutura de serviços que possibilitem um tratamento de qualidade, de redes de apoio externas que possam acompanhar o paciente na sua reinserção na sociedade. A ausência de uma rede de apoio estruturada, com serviços ambulatoriais extra-hospitalares especializados no atendimento de doentes mentais, propicia uma maior vulnerabilidade dos mesmos (CORDIOLLI, 2004).

Como já mencionado, a maioria dos pacientes não tem vinculação previdenciária e provem de famílias socialmente vulneráveis, sem estrutura financeira para receber o paciente egresso. O acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) tem possibilitado a um grupo de pacientes que já cumpriram a medida de segurança a concretização de sua alta hospitalar, pois são os recursos do benefício que vai lhe dar minimamente as condições de se manter fora da instituição, contando ainda com a necessidade de apoio das demais políticas sociais, principalmente da rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar.

Outro benefício que tem contribuído para a alta hospitalar de muitos pacientes é o concedido pela Lei n. 10.708 de 31 de julho de 2003, trata-se do “Programa De Volta Pra Casa” que visa atender o disposto na Lei 10.216 que dispõe dos direitos e proteção das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais tem por finalidade contribuir com a reintegração social de pessoas acometidas de Transtornos Mentais, egressas de longas internações, visa o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$240,00 mensais por um período de um ano, podendo ser renovado por igual período caso a pessoa não apresente condições de se reintegrar socialmente.

O Ministério da Saúde em 2003 estimava que cerca de 15.000 usuários fossem beneficiados com o auxílio financeiro do Programa.

2.4 ESTRUTURA FÍSICA DO HCTP

O HCTP conta atualmente com 93 leitos, tendo em média de 130 a 140 pacientes, comporta em sua área física dois prédios. No ano de 2002, foi incorporado ao HCTP a área física onde antes funcionava a Casa do Albergado do sistema prisional. Atualmente nessa área funciona a administração do HCTP, a qual integra a sala da direção geral, a da gerência administrativa, a copa para os funcionários, a farmácia, o almoxarifado e demais dependências administrativas.

No antigo prédio encontram-se o serviço social, sala da segurança, sala de manutenção, sala de material de esportes e limpeza, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma rouparia, trinta e oito cubículos individuais, cinco enfermarias (que abriga de 05 a 20 pacientes), quatro banheiros coletivos, um alojamento para os agentes de segurança, um refeitório para os pacientes, dois banheiros individuais para visitantes e funcionários. Os cubículos que comportam pacientes de forma individual apresentam condições sanitárias e elétricas em precárias condições. A maioria das janelas está com os vidros quebrados. O refeitório, projetado inicialmente para 45 pacientes, é extremamente pequeno para a demanda, e não oferece nenhum conforto e segurança para os pacientes e funcionários. É por este motivo que é feito um rodízio no horário das refeições, para evitar maiores problemas (CORDIOLLI, 2004).

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

As demais instalações do HCTP destinadas aos pacientes - sala de aula, consultórios médicos e odontológicos, enfermagem, sala de oficinas - são pequenas e não atendem às necessidades dos internos a contento.

Considerando que os usuários são pessoas doentes e que há falta de equipamentos e funcionários para uma melhor orientação e acompanhamento das atividades, existem graves dificuldades do ponto de vista da higiene. Os equipamentos utilizados para a realização de diversas atividades são antigos, desgastados e obsoletos. Conta com apenas dois veículos, uma Kombi e uma ambulância. O HCTP não possui dotação orçamentária própria, depende diretamente da Secretaria de Estado a qual está subordinado.

2.5 O HCTP COMO INSTITUIÇÃO TOTAL (FECHADA)

O HCTP pode ser classificado como uma instituição fechada (GOFFMAN, 1990), onde vivem indivíduos agrupados sobre regras rígidas – uma instituição total. Goffman as define como um local onde o indivíduo se encontra à mercê do juízo e dos projetos dos outros e, nesse sentido, impossibilitando de reger sua própria vida. Em outras palavras, uma instituição total, que tem por objetivo atender as necessidades socialmente aceitas, é um lugar onde várias pessoas em situação semelhante, são separadas por um determinado tempo da sociedade mais ampla, levam uma vida fechada e submetida a uma autoridade.

As instituições totais podem ser classificadas, de acordo com Goffman, em cinco agrupamentos:

I – No primeiro estão as instituições criadas para cuidar dos incapazes e inofensivos, tais como cegos, órfãos e indigentes;

II – No segundo, locais estabelecidos para aqueles incapazes de cuidar de si e que oferecem ameaça a sociedade de maneira não intencional. Que seriam os sanatórios para tuberculosos, leprosos e doentes mentais;

III – O terceiro agrupamento é organizado para proteger a comunidade de perigos intencionais e nele se encontram as penitenciárias;

IV – Já o quarto refere-se às instituições que buscam realizar, de modo mais adequado, alguma tarefa de trabalho, quais sejam: quartéis, escolas internas, colônias;

V – E por último, existem os estabelecimentos que funcionam como refúgio do mundo que seriam os mosteiros e os conventos.

Segundo a descrição de Goffman, podemos afirmar que o HCTP se enquadra no tipo dos agrupamentos II e III, as instituições penais e psiquiátricas, dessa forma o HCTP além de ser considerada uma instituição total, essa tem dupla função: prisão e hospital, pois ao mesmo tempo em que tem o objetivo de punir, intimidar e recuperar (objetivo das instituições penais) visa tratar e igualmente recuperar (objetivo dos hospitais psiquiátricos).

Segundo Goffman (1990), uma das características mais marcantes de uma instituição total é a ruptura das barreiras das três esferas da vida – dormir, brincar (lazer) e trabalhar – que numa sociedade moderna acontece em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional, de um modo geral:

“O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo pré-determinado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição” (Goffman, 1990, p. 17-18).

Goffman (1990, p. 18) ainda coloca que: “[...] tais aspectos são encontrados em outros locais, além das instituições totais.” e que “o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas [...] é o fato básico das instituições totais.

E conforme aponta Miranda (2007, p. 37) o que diferencia um hospital de custódia de outro qualquer da rede hospitalar, é que além de destinar-se ao tratamento psiquiátrico este lida com pacientes em regime de custódia pelo Estado, outra característica marcante, é o fato de o indivíduo internado nesse tipo de instituição ser perpassado por dois estigmas: o do delito e o da doença mental, o que aparece também como um dificultador na reinserção ao convívio social.

2.6 O HCTP E A LEI 10.216

Como todos os hospitais brasileiros que atuam nesse gênero, a instituição não se encontra credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo gerida por órgãos do poder judiciário, não está submetida às normas gerais de funcionamento do SUS, assim como ao Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), ou ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH) (MIRANDA, 2007).

Pelo fato de não estar credenciado ao SUS, as medidas para realizar as propostas advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira não se operacionalizam. A Reforma Psiquiátrica propõe além de uma avaliação e fiscalização dos serviços prestados para garantir as exigências mínimas de qualidade assistencial, uma redução progressiva e programada de leitos/vagas, visando reduzir o processo de institucionalização das pessoas com longa internação psiquiátrica (BRASIL, 2001).

Para haver o credenciamento há necessidade de adaptação do sistema penal às exigências da Lei n. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tal lei define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtornos mentais, incluindo adequação das condições físicas das instituições que prestam atendimento.

Para ilustrar esse desafio é necessário que se faça uma retrospectiva histórica da profissão junto aos vários espaços sócio-ocupacionais de inserção profissional, sendo a saúde mental um espaço profissional privilegiado de atuação do Serviço Social, tendo em vista as expressões da questão social.

3 SERVIÇO SOCIAL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA

No Brasil, até 1930 não se apreendia a pobreza enquanto expressão da questão social, mas sim como uma disfunção pessoal dos indivíduos. Tal fato é revelado pelo atendimento social dado aos indivíduos, os quais eram encaminhados para o asilamento ou internação conforme Carvalho (2008).

De acordo com Sposati (2007) a pobreza era tratada como doença:

(...) os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada (SPOSATI, 2007, p. 42).

Os primeiros movimentos organizados, verificados no Brasil, no sentido da criação do Serviço Social, ocorreram na década de 30. Em 1932, foi formada uma associação com a finalidade de contribuir para a divulgação dos princípios da ordem social cristã, com a preocupação de preparar “trabalhadores sociais”. Essa associação, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) - fundado em setembro de 1932, se dedicou à difusão da doutrina social da Igreja¹¹ e à formação social católica, criando a Escola de Serviço Social (ESS), em 1º de fevereiro de 1936, em São Paulo. O interesse nessa criação se fundamentava nos resultados obtidos pelos métodos do Serviço Social em outros países que já o adotavam. Houve, nesse momento, o apoio das autoridades eclesiais, com a ministração do curso para mulheres.

O Serviço Social surge no Brasil num momento de grandes transformações na sociedade brasileira, conforme aponta Bulla:

Até 1930, o País se caracterizava por uma economia agrárioexportadora. As transformações na estrutura econômica e

¹¹ O documento inaugural daquilo que se convencionou denominar Doutrina Social da Igreja é a encíclica *Rerum Novarum*, do papa Leão XIII, publicada a 15 de maio de 1891. De fato, é a primeira vez que um documento do magistério católico dedica-se integralmente à chamada “questão social”. No decorrer do texto desta encíclica, o papa propõe-se abordar a “condição dos operários” (Camacho, 1995)

política do País foram aceleradas com a Revolução de 30 e permitiram uma intensificação no processo de industrialização nacional. A classe operária começava apenas a se organizar para reivindicar melhores condições de vida e de trabalho (BULLA, 2008, p. 4).

Nesse sentido, a iniciativa da Igreja se fez necessária em virtude das novas expressões da questão social, geradas pelas mudanças ocorridas na estrutura econômica do país, surgia uma nova demanda social, advinda das contradições entre o proletariado e a burguesia, com o avanço do tempo passando a exigir também outros tipos de intervenção, bem mais além da caridade e da repressão, assim compreendidos por Iamamoto e Carvalho (2008):

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas. É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada 'questão social', a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado. A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. O estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO, CARVALHO, 2008, p. 77).

Embora, a Igreja no final das décadas de 1930 e início de 1940 ainda tenha forte presença nas ações assistenciais apoiadas pelo Governo, foram abertas novas Escolas e Cursos de Serviço Social nas cidades do Rio de Janeiro no ano de 1937, e Porto Alegre em 1945, e outras escolas nas décadas seguintes, e com a ampliação da ação do Estado na área social, o âmbito de atuação dos assistentes sociais também foi alterado, as primeiras áreas públicas em que estes profissionais se inseriram foram: da saúde e do judiciário (ALFLEN, 2008, p. 26).

Na ascensão do Serviço Social como categoria profissional, os assistentes sociais atuavam segundo princípios filosóficos e cristãos, sendo influenciado pelo modelo de assistência europeu, tal modelo trazia a noção de que o Serviço Social é uma vocação, atribuindo um caráter missionário e assistencialista à

profissão, porém essa linha logo se mostrou insuficiente para estes profissionais (BULLA, 2003).

O enfoque da profissão é de uma educação que objetivava superar os desajustamentos individuais, é a partir desta perspectiva que se tem o primeiro Código de Ética da profissão, datado de 1947, caracterizado por seu aspecto conservador vinculado ao pensamento católico, bem como por uma visão homogênea da profissão. A partir da década de 1960 a categoria profissional enfrenta uma crise ideológica, política e de eficácia, questionando a burocratização do Serviço Social, assim, intensifica o movimento pela ruptura com o conservadorismo e crítica a teoria positivista, buscando romper com os modelos assistencialistas estrangeiros e atentar-se à realidade brasileira, por se tratar de uma sociedade econômica ainda em desenvolvimento (MIRANDA, CAVALCANTI, 2005).

Este processo de questionar o referencial teórico-metodológico da profissão e de crítica à teoria positivista¹² ficou conhecido como "Movimento de Reconceituação do Serviço Social", como pontua Iamamoto (1992):

O movimento de reconceituação se viu, portanto, prisioneiro de uma antiga contradição, já denunciada por Lukács: a coexistência de uma ética de esquerda e uma epistemologia de direita. Subjacente encontra-se ainda a ilusão de que a consciência teórica resultaria direta e unilateralmente da luta de classes, movida pela vontade política. Origina-se daí um duplo dilema até hoje presente na prática profissional: o fatalismo e o messianismo, ambos cativos de uma análise de prática social esvaziada de historicidade (IAMAMOTO, 1992, p. 213).

A teoria social de Marx é adotada a partir desse movimento, abandonando-se a matriz teórica conservadora. A partir da década de 1970, esta

¹² Para Michel Löwy, o tipo ideal de positivismo pode ser dito em três idéias principais: A primeira é a hipótese fundamental do positivismo: "a sociedade humana é regulada por leis naturais", leis invariáveis, independentes da vontade e da ação humana, como a lei da gravidade ou do movimento da terra em torno do sol, de modo que na sociedade reina "uma harmonia semelhante à da natureza, uma espécie de harmonia natural"; Dessa primeira hipótese decorre, para o positivismo, a conclusão epistemológica de que "a metodologia das ciências sociais tem que ser idêntica à metodologia das ciências naturais, posto que o funcionamento da sociedade é regido por leis do mesmo tipo das da natureza"; A terceira idéia básica do positivismo, talvez a de maior conseqüência, reza que "da mesma maneira que as ciências da natureza são ciências objetivas, neutras, livres de juízos de valor, de ideologias políticas, sociais ou outras, as ciências sociais devem funcionar exatamente segundo esse modelo de objetividade científica". Ou seja: o positivismo "afirma a necessidade e a possibilidade de uma ciência social completamente desligada de qualquer vínculo com as classes sociais, com as posições políticas, os valores morais, as ideologias, as utopias, as visões de mundo", pois este conjunto de opções são prejuízos, preconceitos ou pré-noções que prejudicam a objetividade das Ciências Sociais". (LÖWY, 2003).

nova perspectiva é intensificada, quando começa a se pensar um Serviço Social voltado a atender as necessidades da população, e um agir profissional que atue de maneira a romper com ações que antes eram direcionadas meramente a atender os interesses das instituições (ALFLEN, 2008).

Na década seguinte o Serviço Social sofre influência dos pensamentos de Gramsci, “quando as instituições começaram a ser entendidas como espaços de contradição, ou seja, podendo o seu funcionamento estar voltado para atender as demandas da sociedade, como para exercer ações de controle desta” (BULLA, 2003).

Iamamoto e Carvalho (2008), seguindo Gramsci, destacam o caráter de “intelectual” do assistente social, pois dessa forma suas atribuições poderão ser consideradas para além do caráter da mera execução de políticas sociais:

O profissional de Serviço Social é, aqui, também considerado na sua condição de intelectual. Para caracterizá-lo, busca-se suporte em Gramsci, para quem essa categoria não constitui um grupo autônomo e independente das classes fundamentais; ao contrário, tem o papel de dar-lhes homogeneidade e consciência de sua função, isto é, de contribuir na luta pela direção social e cultural dessas classes na sociedade. Trata-se do ‘organizador, dirigente e técnico’ que coloca sua capacidade a serviço da criação de condições favoráveis à organização da própria classe a que se encontra vinculado. Posto que expressa uma identidade pela consciência e pela prática com essas classes, são orgânicos, organicidade que é tanto maior quanto mais íntima a conexão com uma classe fundamental (burguesia ou proletariado) (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 87).

Porém, os autores nos chamam a atenção para o fato de que os “intelectuais” em sua auto-representação tendem a considerarem-se como independentes das classes essenciais, o que, segundo Gramsci, não é mais do que uma utopia social, uma vez que cada classe cria sua própria categoria de intelectuais, a cujos interesses se encontram estritamente vinculados. Tem-se assim a necessidade de produção de um conhecimento científico específico, apontam Iamamoto e Carvalho (2008):

(...) o Serviço Social em sua trajetória não adquire o status de ciência, o que não exclui a possibilidade e necessidade de o profissional produzir conhecimento específico, contribuindo para o acervo das ciências humanas e sociais, numa linha de articulação dinâmica entre a teoria e a prática. A divisão de trabalho entre as ciências, a segmentação entre teoria e prática, ciência e técnica, são expressões da crescente divisão de trabalho intelectual e manual,

que se desenvolve à medida que se aprofunda o capitalismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 88).

Em 1986, tendo o Serviço Social esta nova perspectiva de produção do conhecimento, destacamos a sua participação nas discussões colocadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo este evento considerado um marco na trajetória da saúde pública do país, tendo seu relatório final servindo de base à reformulação da Constituição Federal de 1988, no que tange a seção sobre os direitos sociais (STEIN, 2006).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a compor o tripé da seguridade social, juntamente com os sistemas de previdência e assistência social, e teve como principal conquista, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal asseguram que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo que deve ser garantido através de políticas públicas promovidas pelo Estado:

(...) o acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, estes serviços devem ser organizados de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único, descentralizado e que, busque, principalmente, a promoção da saúde; (...) o sistema único de saúde será financiado com recurso do orçamento da seguridade social, da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Apesar de conquistas na legislação brasileira, o aumento das privatizações marca o país na década de 1990, e a saúde pública passa a ser erroneamente compreendida como uma alternativa para cidadãos que não podem pagar pelos serviços da rede privada de saúde.

Nessa lógica, o Estado restringe novamente suas ações sociais, implantando políticas públicas seletivas e focalizadas, na tentativa de atender apenas as populações mais vulneráveis, frente à pobreza e desigualdade (Stein, 2006).

Mesmo com as privatizações e desde a sua institucionalização enquanto profissão tem sido o Estado o maior empregador da categoria, mesmo com o fato de constituir-se como profissão liberal:

Situação esta que se reflete também no campo da saúde mental no decorrer da sua história, que sofreu uma pequena mudança no campo da saúde mental na década de 1960, quando aumentaram as

iniciativas de instituições da área privada. Contudo, apesar desse aumento, o Estado continua a constituir o maior empregador da profissão. Por ser responsável legalmente pelo bem estar da população brasileira e tendo sido ele mesmo o mentor da institucionalização da profissão (AHLERT, 2005, p. 66).

No que diz respeito a essa relação direta da profissão com o Estado, Iamamoto nos conduz a reflexões acerca da proposta neoliberal:

As repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas (Draibe, 1993). Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços públicos em consequência do 'enxugamento do Estado' em suas responsabilidades sociais. A preconizada redução do Estado é unidirecional: incide sobre a esfera de prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos (IAMAMOTO, 2007, p. 36).

Portanto, percebemos que o trabalho do assistente social está inserido em um contexto mais amplo, o contexto das políticas neoliberais que influenciam indireta ou diretamente o campo da saúde como num todo, incluindo o campo da saúde mental. Conforme pontua Vasconcelos (2002.b, p. 149) "um aspecto importante da Reforma Psiquiátrica e suas propostas interdisciplinares, bem como sua relação com a estrutura das políticas sociais, diz respeito à crise atual do Estado e às consequências políticas de ajustamento neoliberais".

3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

O Serviço Social no Brasil teve fortes influências norte-americanas e inglesas, bem como a inserção da profissão no campo da saúde mental. No início dos anos 1920 temos como referência a metodologia de caso proposta por Mary Richmond nos Estados Unidos da América, sendo que durante muitos anos a profissão teve sua intervenção/atuação atrelada às questões relacionadas ao reajustamento dos enfermos após a alta hospitalar e à sua reintegração social.

Conforme nos mostra Vasconcelos (2002) o contexto de formalização da profissão nos EUA, na década de 20, coincide com o processo de constituição e expansão do movimento de higiene mental¹³ naquele país e uma década mais tarde

¹³As origens teóricas remotas do movimento de higiene mental foram formuladas na França, foi, entretanto nos Estados Unidos no início do séc.XX que o movimento se constituiu no terreno fértil de uma cultura enfatizadora

na própria Europa, seguindo o processo de consolidação da profissão no continente europeu. Sendo que os cursos de formação para assistentes sociais no Brasil, nesse período, sofreram influências desse movimento de higiene mental, conforme discorre Vasconcelos 2002:

(...) o conteúdo da formação do assistente social nas primeiras escolas brasileiras, no Rio de Janeiro e em São Paulo mais especificamente, chama-nos a atenção o volume de disciplinas e conteúdos claramente identificados com temáticas colocadas pelo movimento de higiene mental (...) a herança do movimento de higiene mental no Serviço Social brasileiro, e particularmente no Serviço Social em saúde mental, é importante e está fortemente presente desde as próprias bases da sistematização e profissionalização do Serviço Social norte-americano, nas décadas de 10 e 20, através dos trabalhos de Richmond e Robinson, e no desenvolvimento da tradição de Serviço Social de casos em geral (VASCONCELOS, 2002.b, p. 128).

Entretanto, nos primeiros trinta anos de existência do Serviço Social no Brasil praticamente não havia assistentes sociais atuando na área psiquiátrica ou em manicômios, pois o número geral desses profissionais era reduzido até os anos sessenta (BISNETO, 2007).

Apesar de todas as influências estrangeiras, Bisneto (2007) nos alerta para o fato de que o modelo histórico do Serviço Social na área psiquiátrica brasileira é muito diferente da estadunidense:

No Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores, através da intervenção nas refrações mais imediatas da 'questão social', tais como fábricas, previdência, assistência social (Iamamoto, Carvalho, 1998) O Serviço Social imediatamente entrou na área da saúde, porém não constituindo a Psiquiatria como campo de atuação separado no Serviço Social, em razão também ao pequeno número de assistentes sociais trabalhando exclusivamente com o problema da loucura (BISNETO, 2007, p. 21).

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

Aqui, cabem as importantes considerações feitas por Bisneto (2007) no que diz respeito às diferenças entre as práticas tradicionais em Serviço Social:

da ética protestante, da salvação individual, de uma forte mitologia do indivíduo que confronta o mundo com seu espírito de trabalho e atinge o sucesso pelas qualidades pessoais, embalados pela ideologia difusa do darwinismo social, que valoriza a sobrevivência do mais forte.

(...) devemos ressaltar que não podemos confundir práticas tradicionais em Serviço Social com o chamado 'Serviço Social Psiquiátrico'. Por exemplo, o 'Serviço Social Clínico', baseado em modelo norte-americano e não é necessariamente prática em estabelecimentos psiquiátricos. O modelo de 'Serviço Social Psicossocial' também não pode ser interpretado desse modo, pois se trata de metodologia que tinha aplicação em todas as áreas de atuação do Serviço Social. Modelos de práticas baseadas na área 'psi' eram comuns no Serviço Social no Brasil até o início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas (...) (BISNETO, 2007, p. 22).

O autor alerta também para o fato de que em termos teóricos, tais práticas estão distantes em relação ao Serviço Social atual, pois àquela época as abordagens predominantes eram de cunho eugênico de higiene mental.

Já em 1966, ano de criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tínhamos apenas 28 assistentes sociais atuando em hospícios públicos no país, pois o número de instituições psiquiátricas privadas no Brasil era pequeno e não há registro de que empregassem assistentes sociais, de acordo com Resende:

(...) o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisor entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes (RESENDE, 1990, p. 60).

O Governo da ditadura militar, após o golpe de Estado de 1964, promoveu reformas no sistema de saúde e previdência, sob um discurso de racionalização e modernização, que alteraram o quadro hospitalar brasileiro, os hospitais da rede dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram incorporados à rede do INPS e perderam qualquer caráter do sindicalismo trabalhista, entretanto continuaram a atender aos trabalhadores e seus dependentes, e foram criadas também várias clínicas psiquiátricas privadas, que através de convênio com o Estado, também ofereciam atendimento aos trabalhadores e seus dependentes (BISNETO, 2007).

Assim sendo, o número de hospícios aumenta significativamente no Brasil pós 64 e com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS, esse fato multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de saúde mental, e a efetiva inserção do

Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigências do INPS nos anos de 1970, conforme Bisneto (2007):

(...) é a partir de 1973 – quando o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) enfatiza a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la – que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas (SOUZA, 1986, p. 118, *apud* BISNETO, 2007, p. 24).

Em 1974 foi criada a DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, para Bisneto (2007), o Serviço Social entrou na saúde mental como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência, para através da informática chegar a certos objetivos tais como: racionalização institucional, controle de custos organizacionais, controle dos atores sociais, aparência de modernização, imitação de modelos do primeiro mundo, controle da internação indiscriminada entre outros.

É a partir de 1978, com a reemergência dos movimentos sociais no país e o fortalecimento da luta pela redemocratização, que se inicia um forte movimento de crítica ao sistema público de saúde e de saúde mental, conhecidos pela literatura como movimentos de “reforma sanitária” e “reforma psiquiátrica”, sendo que a chamada “reforma psiquiátrica” até o início dos anos de 1980 teve uma face mais pública de denúncias junto à imprensa e junto também à opinião pública, da real situação do que era a privatização e mercantilização da psiquiatria privada conveniada com o então INPS, como assim também das condições terríveis dentro dos chamados “asilos” estatais (VASCONCELOS, 2002).

De acordo com Vasconcelos (2002), o Movimento de Luta Antimanicomial ganha força a partir de 1987 concomitante ao processo de hegemonia dos princípios¹⁴ pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, promovem uma nova direção na política de saúde mental brasileira a partir da década de 1990.

¹⁴ Os princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica: Centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais; A necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos e garantam: a) A adequada atenção integral e multidisciplinar das pessoas com transtornos mentais e em situações de crise, incluindo, quando seja necessário, a hospitalização em hospitais gerais, b) Respostas que evitem o aparecimento de uma nova geração de pessoas afetadas por transtornos mentais de longa evolução, com incapacitação psicossocial e baixa autonomia, c) Vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária, os quais devem ter alta capacidade resolutiva, d) Participação de usuários e familiares no planejamento e implantação dos programas e serviços de saúde mental, ressaltando-se a importância da mobilização de todos os atores envolvidos; A pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais, a fim de melhorar o estado de saúde mental da população (BRASIL, 2000).

Do ponto de vista do Serviço Social, engajado no campo da saúde mental, houve uma ampla aproximação com os princípios que já vinham direcionando o processo de reconceituação da profissão no país, entretanto, essas mudanças foram marcadas por profundos conflitos e contradições, pois, conforme aponta Bisneto (2007):

Os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos anos 1970 não conseguiram estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental. Por exemplo, no marxismo houve dificuldades de aplicação na prática, pois as políticas sociais são orientadas para um Estado Capitalista e o objetivo das instituições é conflitante com a teleologia de uma teoria transformadora da realidade social. Havia profissionais engajados, mas o próprio marxismo absorvido pela Reconceituação tinha dificuldades de abordar as questões da subjetividade na atenção ao sujeito singular. Por outro lado, a psicanálise, importada dos modelos norte-americanos, também não solucionou a questão metodológica, pois a atuação do Serviço Social no Brasil se defronta com a extrema pobreza da população usuária como reflexo da relação capital/trabalho, que não é satisfatoriamente teorizada pela psicanálise (BISNETO, 2007, p. 29).

No início dos anos 1990 as conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica permitiram a expansão dos serviços alternativos de psiquiatria através de atendimentos não-manicomiais, ao final dos anos noventa começam a ser efetivados serviços alternativos como os Centros de Atenção Diária (CAD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), hospital-dia; moradia assistida. Esses serviços necessitavam da participação do Serviço Social, o que permitiu o emprego de assistentes sociais, através de portarias ministeriais como a de n.189, de 19/11/1991, e a de n. 224, de 29/01/1992, do Ministério da Saúde, que representam “o aumento na quantidade dos recursos humanos e o aumento das diferentes categorias profissionais incorporados aos serviços” (WASKMAN, 1998, p. 47 *apud* BISNETO, 2007, p. 37).

Portanto, houve um aumento de contratações de assistentes sociais nos serviços de saúde mental, sem que tivesse ocorrido concomitantemente um acúmulo de conhecimento suficiente para pautar a atuação profissional nessa área. De fato, o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura maior para o Serviço Social, conforme discorre Bisneto,

(...) devido à formação social e política dos assistentes sociais. Porém, não podemos esquecer que os assistentes sociais não são

capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política (BISNETO, 2007, p. 37).

Os assistentes sociais tiveram que enfrentar uma situação ambígua: sem suficientes diretrizes para a atuação profissional na área, mas tendo que responder a uma infinidade de trabalhos, dada a precariedade social dos usuários de serviços psiquiátricos, há uma identificação profissional nesse âmbito de ação do Serviço Social assim como uma incredibilidade por parte dos profissionais para superar tal situação (BISNETO, 2007).

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HCTP

O Serviço Social foi implantado no HCTP em 1978 com a contratação de uma assistente social. Atualmente o setor conta com três profissionais, sendo que cada um é responsável diretamente por um grupo de pacientes, a fim de dividir o trabalho, devido à superlotação da instituição e também para que os pacientes reconheçam o seu profissional de referência e seja possível um estreitamento de laços.

O espaço físico utilizado pelos profissionais se resume a uma sala utilizada para a realização de atendimentos individuais, entrevistas, elaboração de laudos periciais, que se mostra inadequada e insuficiente, pois os profissionais fazem rodízio/revezamento para a utilização do espaço nos dias de atendimento individual. Nesta sala encontram-se todo o material utilizado para o desenvolvimento do trabalho, bem como o computador, telefone, as agendas telefônicas com os contatos dos familiares dos pacientes, documentos etc, havendo desta forma uma grande circulação de pessoas por esta sala principal.

Havendo outra sala também designada ao Serviço Social, porém, “esta se assemelha mais a um depósito, onde são guardados os cigarros dos pacientes, roupas para doação, revistas, materiais didáticos e de higiene” (TORRES, 2008, p. 81).

No documento oficial do setor “O Processo de Trabalho do Serviço Social do HCTP de Florianópolis” datado de 2006, encontra-se as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, que conforme documento, se situam dentro dos processos

sócio-assistenciais e dos processos de planejamento e gestão. Integram a estes processos quatro categorias de ações: ações sócio-educativas, sócio-terapêuticas, sócio-emergenciais e periciais (HCTP, 2006).

Os processos sócio-assistenciais vinculam-se às ações diretamente realizados com os usuários, famílias e seguimentos sociais vulneráveis, e ocorrem, principalmente, no contexto institucional. Sendo o objetivo contribuir, no sentido de responder às demandas postas pelos usuários na perspectiva da cidadania e dos direitos dos mesmos. Os processos de planejamento e gestão consistem no desenvolvimento de acessoria, proposição e avaliação de programas e projetos sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços (HCTP, 2006).

Diante do pressuposto da opção por um projeto profissional de transformação assumindo uma conduta radicalmente democrática, voltada para a defesa intransigente dos direitos humanos (IAMAMOTO, 1999, *apud* HCTP 2006), o desafio posto ao Serviço Social do HCTP, e conforme documento oficial do setor, encontra-se em qualificar suas ações profissionais para consecução do atual projeto ético-político (contido no Código de Ética, lei n. 8.662/93) e com isso possa sua intervenção responder às demandas dos pacientes na afirmação e efetivação dos seus direitos humanos e sociais.

Como já consta no Plano de Trabalho do Serviço Social do HCTP, as ações podem ser organizadas em:

- ✓ Ações sócio-educativas, que consistem no atendimento individual: levantamento da história familiar do paciente; localização de familiares; orientação quanto às normas da instituição; orientação previdenciária; contato familiar através de telefonemas quinzenais; encaminhamento ao médico clínico e ao serviço odontológico;

- ✓ Ações sócio-terapêuticas, que consistem em acolhimento do paciente recém internado e seus familiares; contato com familiares através de documentos e cartas; acompanhamento do paciente internado;

- ✓ Ações periciais, que têm por objetivo elaborar pareceres sociais, os quais subsidiarão as decisões de outrem (Juízes, por exemplo) (MIOTO, 1997). Dentro destas ações encontram-se: curatela, laudo de sanidade mental e laudo de cessação de periculosidade, solicitação de benefícios, aposentadorias, BPC/LOAS,

entre outras.

Dentro das atividades que envolvem as ações sócio-educativas e sócio-emergenciais, temos atendimentos de grupos que consistem em reuniões quinzenais para discutir temas variados como: apresentação de um novo paciente, condição pessoal dos pacientes, estímulo à convivência em grupo, incentivo à cooperação e tolerância, orientação quanto à alta hospitalar, incentivo à leitura, troca de revistas e livros, temas relacionados a ressocialização (tais como residência terapêutica, trabalho, continuidade do tratamento, entre outras), encaminhamento para o tratamento no CAPS de Florianópolis.

Já no que diz respeito às ações periciais e às ações sócio-educativas temos os atendimentos aos familiares que consiste em: visitas domiciliares, avaliação da situação sócio-familiar para laudo de sanidade mental e laudo de cessação de periculosidade, contato familiar para manutenção dos vínculos entre paciente, solicitação de comparecimento dos familiares no hospital quando necessário.

Uma das principais atribuições do profissional dentro da instituição encontra-se no trabalho realizado com a família, valendo-se da mediação como instrumento do Serviço Social, pois uma das maiores dificuldades, muitas vezes, está na resistência familiar em receber o paciente novamente em casa.

O trabalho realizado com as famílias se baseia também no fato de que para haver a liberação médica e judicial um dos requisitos é a aceitação da família, sendo a família o principal instrumento de socialização do indivíduo, visto que, é neste núcleo onde o sujeito desenvolve sua identidade e o sentido de pertencimento a um grupo específico. Neste sentido, o assistente social tem o papel de mediador entre o portador de transtorno mental e a família (MIOTO, 1997).

A maior parte dos pacientes internados no HCTP está em cumprimento de medida de segurança, que pode variar de um a três anos de internação, podendo esta medida ser reavaliada, mas como muitos pacientes não contam com apoio familiar, as medidas vão sendo reeditadas e os pacientes acabam por permanecerem muitos anos internados, além da pena prevista em seus processos inicialmente.

A maioria dos pacientes também chega ao HCTP sem nenhum tipo de documentação que os identifique, cabendo ao setor de Serviço Social providenciar o

encaminhamento para a retirada de documentação, tais como RG e CPF. Estas atividades são classificadas, dentro do plano de trabalho, como sendo de cunho sócio-emergenciais.

No HCTP, por ser também uma unidade prisional, tem-se como uma das regulamentações de trabalho do profissional de serviço social a Lei 7.210/84, pois esta direciona o que seria o trabalho de um assistente social dentro de uma instituição penal.

3.3 O SERVIÇO SOCIAL CONFORME A LEI 7.210 – LEI DE EXECUÇÃO PENAL

O HCTP integra o Sistema Penitenciário, como já visto no capítulo anterior, está vinculado à Secretaria de Estado e Segurança Pública e Defesa do Cidadão, estando subordinado diretamente ao Departamento de Administração Prisional – DEAP. Este fato contribui ao caráter ambíguo da instituição, nesse sentido, os hospitais de custódia são instituições de caráter duplo: um misto de hospital e presídio levando à ambigüidade da instituição e dos profissionais de saúde que nelas estão inseridos (SCALZAVARA, 2004).

A lei que regulamenta o Sistema Penitenciário Brasileiro é a Lei de Execuções Penais (LEP) n. 7.210, de 11/07/1984, que traz em seu artigo 1º o objetivo de *efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado*. Ao mesmo tempo em que a LEP determina como deve ser executada e cumprida a pena de privação de liberdade e restrição de direitos, contempla: “juntamente com os conceitos tradicionais da justa reparação pelo crime que foi cometido e o caráter social preventivo da pena, a idéia de reabilitação” (TORRES, 2007, p. 198).

Os artigos 10 e 11 da LEP dispõem sobre a assistência destinada ao preso e internado, sendo: *A assistência ao preso e ao internado um dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade estendendo-se a assistência também ao egresso*.

A lei prevê as atenções básicas, que devem ser prestados aos presos e internados, e dentre elas encontram-se: a assistência à saúde, assistência psicológica, assistência educacional, assistência jurídica, assistência religiosa,

assistência social e assistência material.

A assistência social está disposta nos artigos 22 e 23 da LEP. No artigo 22 se apresenta o objetivo da assistência: *A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o interno e prepará-los para o retorno à liberdade.* E ainda, no artigo 23, diz que incumbe ao Serviço de Assistência Social:

I - conhecer os resultados dos diagnósticos e exames;

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

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

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

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

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

VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima.

O Serviço Social pode ser um instrumento que propõe mudanças no interior do sistema penal, conforme aponta Siqueira (2001), pois, busca atender as necessidades dos sujeitos que cumprem pena privativa de liberdade e a eles destinar assistência.

Porém, ainda se trabalha na perspectiva conservadora que a própria lei apregoa, como nos mostra Andrea Torres (2007) ao analisar a obra *Execução Penal – Comentários à Lei 7.210* (uma das poucas interpretações que encontramos sobre a atuação do Serviço Social no sistema penitenciário) do jurista brasileiro Julio Mirabete (1997):

Que a Assistência Social será executada pelo Serviço Social Penitenciário, que, como arte, consiste na aplicação dos conhecimentos, teorias e doutrinas que, subordinados a princípios, constituem a ciência do Serviço Social, para alcançar, como resultado, a solução dos problemas humanos que acarretam infelicidade e, assim, obter bem-estar. Esse serviço não é, apesar da denominação, mera assistência, que consiste em diminuir ou, quando muito, eliminar os efeitos dos problemas ou das situações do assistido, mas constitui-se de tarefas e atribuições que convergem para ajudar aquele que está em dificuldades a fim de que as resolvam, proporcionando-lhes meios para a eliminação das causas

desse desajuste. *O Serviço Social é a arte de adaptar o homem à sociedade e a sociedade ao homem* (TORRES, 2007, p. 199).

A autora ainda nos lembra que o jurista utilizou como base para sua interpretação obras de Arminda Bergamini Miotto de 1975, Curso de Ciência Penitenciária; e o de Simone Paré, uma obra de 1961, Grupos e Serviço Social. Obras em que os profissionais do Serviço Social eram denominados como “assistentes penitenciários”, e parte da concepção de um Serviço Social tradicional e conservador, que tem por finalidade o tratamento dos desvios e desajustes individuais dos ‘pacientes’ do Serviço Social (TORRES, 2007).

No que se refere a chamada “assistência ao preso e ao internado que é dever do Estado” proposta pela LEP percebe-se uma fusão imprópria com as particularidades da assistência social que estão reduzidas e desatualizadas nesta mesma lei, como pontua Torres, 2007:

(...) diante das renovações e proposições atuais da assistência social no Brasil, como política pública prevista na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/93). Ressalta-se que a LEP por ter sido promulgada antes da Constituição de 1988, na questão da Assistência Social demonstra um atraso em relação às novas configurações da assistência social na sociedade brasileira. Outro exemplo disto é que a assistência social deve ser prestada respeitando a atenção individual, sem se descuidar do auxílio comunitário, (...) parte-se, portanto de uma concepção de intervenção do Serviço Social de acompanhamento de casos individuais, como historicamente foi exercida a profissão (...) de onde se explica a utilização dos termos “paciente”, “cura”, “diagnóstico”, “tratamento”, “amparo”, “recuperação” etc (TORRES, 2007, p. 201).

Ainda podemos perceber a lógica de ressocialização presente na LEP, essa lógica se dá através da disciplina e do trabalho, sendo que a assistência social também ganha atribuições de ressocialização, apontada por Torres (2008):

Segundo Foucault, a transformação do interno ocorre por meio de uma intervenção que tenha por fundamento exercer o controle e vigilância sob o indivíduo, tornando-o dócil e útil, constituindo uma relação de poder onde a submissão leva o homem ao ajustamento conforme exigência do sistema de produção. Apesar de a LEP apresentar um grande passo em direção a um tratamento mais humanizado nas prisões (...) (FOUCAULT, 2003 *apud* TORRES, S. 2008, p. 67).

Considerando o projeto ético-político da profissão na contemporaneidade, estas concepções teórico-metodológicas de intervenção do Serviço Social aduzidas

pelas interpretações jurídicas, mostram-se ultrapassadas para os profissionais brasileiros. Portanto:

(...) a assistência social no sistema penitenciário, se fosse concebido na LEP conforme a Constituição, a LOAS e suas novas configurações como política de seguridade social, poderia propor mínimos de cidadania e de inclusão social, através da defesa de padrões de vida digna no sistema penitenciário (TORRES, 2007, p. 202).

A prática profissional, conforme lamamoto (1992), é ato e movimento, necessita ser pensada, analisada, revisada para que a revisão da prática contribua com o projeto profissional que se espera construir, voltada para a contínua construção de relações sociais ditas democráticas.

Para isso, os assistentes sociais, frente a esta realidade, precisam atuar com responsabilidade ética e política, para a inserção do “novo fazer profissional” salientado por lamamoto (1992), que para tanto, se faz “necessário a negação da base tradicional conservadora, afirmando um novo perfil técnico, não mais um mero agente subalterno ou apenas um executivo, mas um profissional competente, técnica, teórica e politicamente” (TORRES, 2007, p. 202).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou conhecer o tratamento dispensado aos acometidos de doença mental, desde o início da colonização do país até os dias atuais. Verificamos o tratamento desumano e repressivo que era dispensado aos portadores de transtorno mental. Percebemos que na trajetória histórica, as formas de entender e tratar o doente mental passou lentamente por transformações, porém, isso não se deu de forma totalmente eficaz e humanizada.

As Santas Casas de Misericórdia representaram no país umas das primeiras instituições destinadas ao enclausuramento dos ditos “loucos”, uma vez que eram vistos como perturbadores da ordem social, e dessa forma, fazia-se necessário retirá-los da sociedade normatizadora, visão esta que em boa medida perdura até os dias atuais.

A partir do século XIX foram criadas instituições totais ditas psiquiátricas, denominadas manicômios judiciários, que separavam os portadores de transtorno mental infratores dos que não tinham cometido crimes.

Desde o início dos anos 80, as propostas da Reforma Psiquiátrica estão presentes no cenário político brasileiro, porém as discussões em relação aos HCTP's são recentes, pelo fato de tais instituições serem geridas por órgãos do Poder Judiciário e não pelo Ministério da Saúde.

Fato este também que impede uma verdadeira efetivação do que preconiza a Lei 10.216, uma vez que o HCTP segue prioritariamente a LEP, ficando o tratamento psiquiátrico em segundo plano, isso por conta do caráter prisional da instituição, que se sobrepõe a de ser um hospital. O HCTP é uma unidade prisional com finalidade de custodiar “loucos infratores”.

O Serviço Social dentro de tais instituições é incumbido da função primordial de ‘ressocialização’, de contribuir para que os internos voltem ao convívio social, ganhando uma forma conservadora de atuação, reproduzindo uma ideologia de tempos passados.

A atuação do Serviço Social na área da saúde mental até o início dos anos setenta se dava na perspectiva de uma assistência exclusivamente destinada

ao doente mental indigente, a inserção ocorre de fato em 1974 com a criação da DATAPREV, quando o Serviço Social entra na saúde mental como mais um elemento racionalizador do sistema saúde-previdência, com o objetivo de controlar os custos organizacionais, controlar os atores sociais, e controlar a internação indiscriminada que começa nesse período a ter visibilidade.

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica a concepção de assistência em saúde mental passa por transformações, buscando romper com a tradição de enclausuramento e exclusão social. Este movimento é extremamente importante para os profissionais de Serviço Social, pois passam a ser mais requisitados para trabalhos em instituições psiquiátricas.

O Serviço Social no Brasil percorreu um longo caminho para chegar ao modelo de assistência pública atual, que durante anos foi permeado pelas ações da Igreja Católica, passando para o Estado. Ações estas que influenciaram e estimularam o processo de reconceitualização profissional, na busca por outras bases teóricas metodológicas.

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

De acordo com Torres, 2007:

Ao Serviço Social no sistema penitenciário brasileiro cabe construir um novo projeto de intervenção, que busque romper com as atribuições de caráter conservador, superando as determinações institucionais, construindo uma intervenção que legitime sua mediação a partir dos usuários, ampliando-se suas ações aos demais movimentos e organizações da sociedade neste campo. A partir desta nova perspectiva, o Serviço Social pode ser reconhecido pela população carcerária, pelo seu compromisso com suas necessidades, na luta pela garantia de seus direitos humanos preservados (TORRES, 2007, p. 204).

O desafio é emancipar o fazer profissional e superar os entraves institucionais (a intensa burocratização do trabalho do profissional do serviço social nas instituições penais), que levam a uma atuação conservadora, maniqueísta e subalternizante.

Para enfrentar tal desafio, sugestionamos a real efetivação de um trabalho interdisciplinar nas instituições penais, e acima de tudo o assistente social necessita desenvolver um discurso que o empodere nessa área de conhecimento, no nível do saber, publicar idéias, lutar por seus princípios profissionais, lembrando que a academia deverá desenvolver pesquisas, aulas, cursos de extensão, publicações entre outros recursos que abordem o tema e que posteriormente os assistentes sociais possam de maneira concreta efetivar o que preconiza o projeto ético-político da profissão.

REFERÊNCIAS

AHLERT, B. **O papel do Serviço Social na saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ALFLEN, M. **Serviço Social e saúde mental: trajetória histórica e produção de conhecimento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALMEIDA, Janaina Loeffler. **Os limites e as potencialidades de uma ação profissional emancipatória no sistema prisional brasileiro**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. (Org). Asilos, alienados e alienistas. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2008.

BISNETO, José Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, 2005.

_____. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, **Código Penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov.br/](http://www.planalto.gov.br/)>. Acesso em: dez. 2008.

_____. **Decreto n. 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/scs/>>. Acesso em: out. 2008.

_____. **Decreto n. 24.559**, de 3 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.arquitetura.com.br/acessibilidade/decreto_n_24559.htm/>. Acesso em: out. 2008.

_____. **Decreto n. 7.055**, de 18 de novembro de 1944. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: ago 2008.

_____. **Decreto nº. 4.283**, de 22 de fevereiro de 1994. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: ago 2008.

_____. **Lei n. 7.210**, de 11 de julho de 1984. Lei de Execuções Penais. Disponível em: <www.planalto.gov.br/>. Acesso em: set 2008.

_____. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: ago 2008.

_____. **Lei n. 10.708**, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: ago 2008.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Brasília, Vol.1, n. 20, Junho 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental, **Caderno de Textos**. Brasília, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. **Saúde Mental: acessibilidade, direitos, cidadania**. 2001, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/adicidadania.htm>. Acesso em: fev 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final do seminário para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, setembro, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. **Resoluções**. Brasília, 2007.

_____. **Portaria n. 224**, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/scs/portaria/porte.2001/pt>>. Acesso em: ago 2008.

_____. **Portaria n. 147/1994**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/scs/>>. Acesso em: ago 2008.

BULLA, Leonia C. O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 3-22, jan – jun, 2008.

_____. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do Serviço Social brasileiro. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, dez, 2003.

CAMACHO, Ildelfonso, **Doutrina social da Igreja: abordagem histórica**. São Paulo, edições Loyola, 1995.

CARVALHO, Graziela F. **A assistência social no Brasil: da caridade ao direito**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito), Pontifícia Universidade Católica – PUC, Rio de Janeiro, 2008.

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

CREES/SP **Lei n. 8.742**, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica de Assistência Social. In: **CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (9ª Região) Coletâneas de leis**, São Paulo, 2006.

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

ESPINOSA, A. M. F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

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

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 3° ed. São Paulo: Perspectiva, 1990. (*originalmente publicado em 1961*).

GONÇALVES, M. A. **Formação da cidadania**: proposta educacional. São Paulo: Paulus, 1983.

HCTP. **Plano de Trabalho do Serviço Social**, Florianópolis: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2006.

_____. **Processo de Trabalho do Serviço Social**, Florianópolis: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2006.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva: Para a Sociedade**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/>>. Acesso em: dez /2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico metodológica. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

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

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 12ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinqüente**. Tradução de Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007.

LÖWY, Michel. **Ideologias e ciências sociais**: elementos para uma análise marxista. 16 ed. Tradução de Pedro Ferri, São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: <<http://www.feati.com.br/revista2008/artigos/2006/Professores/MARXISM1-Pedro.pdf/>>. Acesso em: fev 2009.

MARCA, L. A. **Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Relatório de Estágio. Universidade Federal Santa Catarina, 2002.

MIOTO, Regina C. T. Família e o Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 57, p. 114-130, 1997.

MIRANDA, A. P. R.; CAVALCANTI, P. B. O Serviço Social e sua ética profissional. **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social**, ano 1, n.2, julho, 2005. Disponível em: <www.assistentesocial.com.br/>. Acesso em: jan 2009.

MIRANDA, T. **A política de saúde mental e as repercussões do cuidado ao portador de transtorno mental infrator na vida da família e da mulher cuidadora**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MONTEIRO, Lizianni de C. **Breves considerações sobre a medida de segurança à luz da Constituição Federal**. Disponível em: <http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/salvador/lizianni_de_cerqueira_monteiro.pdf>. Acesso em: fev 2009.

OLIVEIRA, O. M. **Prisão: um paradoxo social**. 3. Ed. Florianópolis: UFSC. 2003.

PICCININI, J. Walmor. História da psiquiatria: psiquiatria forense no Brasil a partir das suas publicações (II). **Psychiatry on line Brazil**, v.7, n. 6, jun, 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0602.php>>. Acesso em: jan 2009.

RESENDE, J. A. **O portador de transtorno mental infrator e o benefício de prestação continuada: direito ou negação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs). **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

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

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

SIQUEIRA, Jailson R. O Trabalho e a assistência social na reintegração do preso à sociedade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.67, p. 53-75, 2001.

SPOSATI, Aldáza. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise.** 9ª Ed.. São Paulo: Cortez, 2007.

STEIN, R. **Conhecendo o processo de co-dependência nas famílias adictas: uma reflexão sobre a atuação do Serviço Social nas equipes de saúde mental.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TAVARES, J. R. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico,** Dissertação (mestrado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

TORRES, Andrea A. **A Lei de Execução Penal e as atribuições do Serviço Social no sistema penitenciário: conservadorismo pela via da “desassistência social”.** In: CARVALHO, S. (Org.) *Crítica à Execução Penal.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

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

VASCONCELOS, Eduardo M. **Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente.** In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade.* 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.a.

_____. **O movimento de higiene mental e a emergência do serviço social no Brasil e no Rio de Janeiro.** In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade.* 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.b.

_____. **Da hiperpsicologização normatizadora ao recalçamento da subjetividade:** notas históricas sobre o Serviço Social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In; VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade.* 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.c.

WEIGERT, Mariana de A. B. **O discurso psiquiátrico na imposição e execução das medidas de segurança.** In: CARVALHO, S. (Org.) *Crítica à Execução Penal.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.