

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ALINE SILVEIRA BARBOSA

**ABORDAGEM GRUPAL COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA
PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO: O CAMINHO DO ACESSO AOS
DIREITOS SOCIAIS**

Porto Alegre

2008

ALINE SILVEIRA BARBOSA

**ABORDAGEM GRUPAL COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA
PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO: O CAMINHO DO ACESSO AOS
DIREITOS SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito à obtenção
do grau de Bacharel, pela Faculdade de
Serviço Social da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arseli Kern

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, com o salmista, a Deus por ter me amado e desejado antes mesmo que eu existisse, por ter me formado como um ser único, irrepetível em toda a história da humanidade: “Sim! Pois tu formaste os meus rins, tu me teceste no seio materno. Eu te celebro por tanto prodígio, e me maravilho com as tuas maravilhas!” (Sl 139, 13-14).

Aos meus pais, **Airton** e **Zilma**, por terem aceitado ser instrumentos para a concretização do maravilhoso mistério da vida. Não há palavras para agradecer todos os cuidados empenhados, toda preocupação sofrida, toda a dedicação para que eu pudesse me desenvolver e chegar a este momento tão especial. Obrigada por sempre apoiarem as minhas decisões e por estarem sempre dispostos a me ajudar, nas inúmeras vezes em que, na correria do dia-a-dia, precisei de “socorro” para dar conta de tantas atividades. Obrigada por compreender tantas ausências de casa!

Às minhas duas irmãs, **Fabiane** e **Fernanda**, pelo exemplo que sempre deram, na condição de irmãs mais “velhas”, à “caçula”. Por terem me incentivado sempre a buscar a formação acadêmica e a seguir em frente, mesmo diante das dificuldades inevitáveis. Obrigada, ainda, ao meu sobrinho **Micael**, pois ele praticamente só conheceu a “dinda” estudante, sempre sem tempo de “brincar”, já que de seus sete anos de vida, por mais de quatro estive em processo de formação nesta faculdade.

Muito obrigada a todos os **amigos**, por servirem de suporte nos momentos mais difíceis e por compartilharem comigo, também, os momentos alegres.

Aos colegas da faculdade, em especial às amigas **Margarete**, **Marilene**, **Lisandra** e **Elaine**, umas já assistentes sociais, outra que já saiu da faculdade antes de concluir, mas todas com um papel especial nesta minha trajetória acadêmica, por compartilharem comigo conhecimento, balas e chicletes, incertezas, mas também as alegrias de ser estudante universitária. Ainda, a todos os colegas da supervisão de estágio, que foram as pessoas que acompanharam mais de perto todo o processo doloroso de passar pelos Estágios Curriculares.

Agradeço de forma especial a todos os professores e funcionários desta faculdade, os quais, cada um a seu modo, puderam contribuir de forma decisiva para

a minha formação. Particularmente, agradeço à prof^a. **Idilia**, minha supervisora pedagógica, que com a sua paixão pela profissão sempre nos estimulou a querer melhorar a cada dia para podermos nos tornar profissionais qualificados e comprometidos com os usuários.

À minha supervisora de campo, **Glória**, pelo seu exemplo de profissional competente e dedicada, pela sua sensibilidade e humanidade, pelo carinho e atenção dispensados a mim, pelo seu comprometimento com a minha formação profissional. De coração, muito obrigada!

Ao meu orientador, prof. **Francisco**, que me acompanhou de forma especial nesta difícil trajetória de construção do TCC, agradeço pelo seu empenho para que este trabalho pudesse ser elaborado da melhor forma possível.

Por fim, agradeço ao meu marido **Daniel**, por ter me incentivado a fazer a opção pelo Serviço Social, por ter vivido intensamente comigo todas as alegrias e angústias desta decisão, por ter sido meu suporte em todos os aspectos, por ter compreendido o meu cansaço e mau humor muitas vezes presentes, por ter debatido comigo as inquietações que se faziam presentes após muitas aulas, enfim, pelo seu papel indispensável para que eu pudesse chegar à conclusão deste curso.

Nace una flor
Todos los días sale el sol
De vez en cuando escuchas aquella voz
Como de pan, gustosa de cantar
En los aleros de la mente
Con las chicharras

Pero a la vez existe un transformador
Que te consume lo mejor que tenés
Te tira atrás
Te pide más y más
Y llega un punto en que no querés

Mamá la libertad
Siempre la llevarás
Dentro del corazón
Te pueden corromper
Te puedes olvidar
Pero ella siempre está

Ayer soñé con los hambrientos
Los locos, los que se fueron
Los que están en prisión
Hoy desperté cantando esta canción
Que ya fue escrita hace tiempo atrás
Y es necesario cantar de nuevo
Una vez más

Charly Garcia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Movimentos de reforma psiquiátrica na França	25
Quadro 2 - Movimentos de reforma psiquiátrica na Inglaterra.....	26
Quadro 4 - Movimentos de reforma psiquiátrica na Itália	29
Quadro 5 - Tipos de CAPS.....	43
Quadro 6 – Caracterização dos usuários participantes do grupo.....	63

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CF - Constituição Federal
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
EJA - Educação de Jovens e Adultos
EUA - Estados Unidos da América
FGSM - Fórum Gaúcho de Saúde Mental
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPSP - Hospital Psiquiátrico São Pedro
IPA - Instituto Porto Alegre (Rede Metodista de Educação do Sul)
LIBRAS - Língua Brasileira dos Sinais
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SUS - Sistema Único de Saúde
TO - Terapia Ocupacional
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL: DA “LOUCURA” A POLÍTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL	10
2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “LOUCURA” E A PASSAGEM PARA A INCLUSÃO SOCIAL	11
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	23
3 A EXPERIÊNCIA PROFISSIONALIZANTE EM SERVIÇO SOCIAL	38
3.1 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	38
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS/HCPA	46
3.3 A EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA PROFISSIONALIZANTE	53
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso irá abordar a temática da saúde mental, com foco no processo de contra-referência de um grupo de usuários de um serviço de saúde especializado, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para os serviços de atenção primária em saúde. A reflexão em torno deste assunto se dá no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual propõe a gradual extinção de leitos em hospitais psiquiátricos e a conseqüente ampliação da rede de serviços substitutivos ao manicômio, dentre os quais destacam-se os CAPS. A Lei nº 10.216/01, que impulsionou a implementação da reforma psiquiátrica no país, dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Como conseqüência da aprovação desta legislação, a política de saúde mental no Brasil vem sendo construída na perspectiva de garantia de direitos, inclusão social e ampliação da cidadania da pessoa com doença mental.

Entretanto, muitos desafios se colocam neste campo. Na prática, manifestam-se cotidianamente expressões de marginalização da pessoa com sofrimento psíquico, as quais enfrentam no dia-a-dia situações de discriminação. A inclusão social proposta muitas vezes fica restrita ao espaço do serviço de saúde. A mudança do modelo assistencial precisa ser somada à construção de “um espaço para o louco”, a fim de que realmente se concretizem os princípios da reforma (DELGADO, 2001, p. 7). E este é o grande desafio que se apresenta a nossa sociedade, cujas bases estão enraizadas na produção de relações desiguais e excludentes: a garantia de direitos e o respeito à diversidade, princípios estes explicitados no Código de Ética do assistente social.

Assim, no segundo capítulo faremos uma análise de como a temática da “loucura” foi sendo abordada ao longo da história. Apresentaremos uma breve revisão bibliográfica sobre o tema saúde mental, analisando a sua configuração ao longo dos séculos. Buscaremos explicitar o processo de transformação da “loucura” em doença, com o desenvolvimento do capitalismo e a constituição da Psiquiatria enquanto ciência, identificando que a esta foi delegada a função social de isolar os “loucos” a partir da prática de reclusão em manicômios. Na seqüência, faremos uma análise sobre a constituição da reforma psiquiátrica e o desenvolvimento de

processos de desinstitucionalização, no mundo e no Brasil, enfocando a experiência brasileira no que se refere à organização da política de saúde mental no país.

No terceiro capítulo traremos a experiência profissionalizante em Serviço Social da aluna-estagiária, desenvolvida no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Faremos a apresentação da instituição, apontando suas principais características e analisando a sua constituição enquanto componente importante no processo de reforma psiquiátrica. Também, buscaremos explicitar o papel que o Serviço Social desempenha neste contexto, apontando os desafios colocados ao assistente social no exercício da profissão na área da saúde mental, tendo como norte os princípios elencados no Código de Ética profissional. Ainda neste capítulo, apresentaremos a experiência desenvolvida pela aluna junto a um grupo de usuários do CAPS indicados para a contra-referência à unidade básica de saúde. Tal experiência objetivou a busca pela garantia dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico a partir da articulação da rede de recursos da saúde mental, utilizando-se de estratégia grupal.

Como último elemento, apresentaremos as considerações finais, apontando as conclusões da aluna a respeito da experiência do estágio, tendo como referência todo o processo de formação profissional vivenciada pela mesma.

2 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL: DA “LOUCURA”¹ A POLÍTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL

Para melhor compreender a atual situação da pessoa com sofrimento psíquico², bem como conhecer a forma como foi sendo construída a política de saúde mental no país, torna-se necessário fazer uma análise de como a temática foi sendo abordada ao longo da história. Assim, este capítulo se propõe a apresentar uma breve revisão bibliográfica sobre o tema saúde mental. Tal percurso histórico ilustra a modificação na forma de compreender a “loucura”, que passou da condição de simples característica humana à doença a partir do desenvolvimento do capitalismo e a constituição da psiquiatria enquanto ciência.

Partindo-se do pressuposto de que, segundo Iamamoto (2004, p. 61): “todo processo de trabalho implica uma *matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho* [...]; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim [...]”, torna-se essencial conhecer este objeto de trabalho. Para o assistente social, este objeto é a questão social, que, segundo a mesma autora, é:

apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. [...] Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem (IAMAMOTO, 2004, p. 27)

Estas expressões da questão social são vivenciadas cotidianamente pelos sujeitos, estando presentes em diversos âmbitos da realidade que nos cerca, sendo experimentadas “no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na

¹ Os termos “loucura” e “louco (s)” serão utilizados neste trabalho por serem encontrados de forma generalizada na bibliografia consultada referente ao tema. Porém, serão apresentados entre aspas por serem considerados pela autora como termos pejorativos, estigmatizantes e restritivos para designar, respectivamente, a pessoa com sofrimento psíquico e o estado ou condição da pessoa com doença mental. Conforme dicionário Aurélio: “Loucura: sf. Estado ou condição de louco; insanidade mental” (FERREIRA, 2004, p. 445).

² A expressão pessoa com sofrimento psíquico será utilizada neste trabalho em substituição à doente mental, tendo em vista as considerações de Dias (2007, p. 120): Muito além de uma questão meramente semântica, esta denominação significa dizer que a pessoa que sofre com um adoecimento não se reduz em sua condição de sujeito à patologia de que é portadora. A expressão sofrimento psíquico anuncia uma mudança conceitual da consideração da cidadania do sujeito com diagnóstico de doença mental.

assistência social pública etc.” (IAMAMOTO, 2004, p. 28). Desta forma, conhecer esta realidade é condição para a o exercício da profissão, sendo fundamental para que se possa desenvolver um trabalho verdadeiramente comprometido com a transformação, uma vez que esta ação profissional está diretamente ligada a esta realidade:

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero *pano de fundo* para o exercício profissional, tornando-se *condição do mesmo*, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2004, p. 62).

Por se tratar o presente trabalho de uma sistematização de experiência da prática profissionalizante em Serviço Social da autora, a qual ocorreu junto a um serviço de saúde, situado dentro da política de saúde mental do Brasil, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista as considerações feitas anteriormente a respeito da necessidade de conhecer o objeto de trabalho, buscaremos neste capítulo apresentar algumas considerações a respeito da temática em questão, qual seja, a saúde mental.

2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “LOUCURA” E A PASSAGEM PARA A INCLUSÃO SOCIAL

A partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema saúde mental constata-se que, historicamente, a pessoa com sofrimento psíquico sofre processos de marginalização. É possível observar a existência de formas diversas de perceber o mundo e de interpretá-lo, além de serem diversas as formas de expressão. Nenhuma pessoa pode ser igual a outra. Porém, muitas vezes, este ser diferente significou ser “pior” ou “ruim”, motivando a existência de formas de segregação, sendo uma destas a relacionada às pessoas com doença mental.

No entanto, essa marginalização não se deu do mesmo modo através dos tempos. Segundo Resende (2000), durante a Antigüidade e a Idade Média, a doença mental era uma questão que ficava restrita à dimensão privada, sem intervenção do Poder Público. Para aqueles que dispunham de recursos, era comum manterem os “loucos” em suas casas. Para aqueles menos abastados, “era permitido vagar pelos

campos ou pelos mercados das cidades, sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos realizados para particulares” (ROSEN, 1968 apud RESENDE, 2000, p. 21).

Resende relata a situação social da Europa tempos depois, ao final do século XV, período no qual foram adotadas várias formas de repressão e punição contra a “mendicância, a vagabundagem e a ociosidade” (RESENDE, 2000, p. 24). Naquela época, a população de mendigos em Paris chegou a ser estimada “em mais de 80.000” pessoas (RESENDE, 2000, p. 23). Foram criadas instituições, casas de correção e hospitais gerais que “destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral”. A pessoa com doença mental era mais um dentre os que passaram a ser alvo de medidas de “limpeza” social. O autor ilustra a situação: “confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais os doentes mentais iriam partilhar com os demais deserdados de toda sorte formas de punição e tortura, sofisticadas algumas, grotescas a maioria [...]” (RESENDE, 2000, p. 24).

A partir de obra literária do século XVI - *Elogio da Loucura* de Erasmo de Rotterdam - verifica-se que naquela época já se identificava, vagamente, o surgimento de uma ideologia burguesa, que viria a atingir o seu auge com o estabelecimento do capitalismo. Surgia então uma diferenciação importante entre a insanidade e a sensatez, com a super valorização da segunda em detrimento da primeira, o que viria a ser causa de segregação mais intensa das pessoas com sofrimento psíquico, materializada com o surgimento da psiquiatria e dos manicômios, posteriormente. Resende faz referência ao texto mencionado acima, de Erasmo de Rotterdam, escrito em 1509 para ilustrar o impacto penoso que as mudanças da época traziam:

Embora não a defina, Erasmo contrapõe a loucura, “patrimônio universal da humanidade”, e da qual são todos dotados ao nascer, à sisez, ao sensaborão bom senso, à frugalidade e ao estoicismo³ que a ciência, as artes e a indústria, “como todas as outras pestes da vida humana”, introduziram no mundo (RESENDE, 2000, p. 19).

Tal texto trata de uma sátira à ideologia da revolução burguesa que surgia, ainda timidamente, e serve para ilustrar como a sociedade reagia às importantes transformações que começavam a acontecer. Resende, partindo do texto de Erasmo

³ O estoicismo propõe viver de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença (*apatheia*) em relação a tudo que é externo ao ser. O homem sábio obedece à lei natural reconhecendo-se como uma peça na grande ordem e propósito do universo. Disponível em Wikipedia: <http://.pt.wikipedia.org>; acesso em 24/04/2008.

de Rotterdam, faz uma reflexão sobre o nascimento da sociedade centrada no homem e na razão e a conseqüente mudança na forma de lidar com a "loucura":

Felizes numa sociedade imaginária, o “século de ouro”, sem método, sem regras, sem instrução, guiados pela natureza e pelo próprio instinto, os homens tiveram que renunciar à loucura em nome do juízo e da virtude que, por atentarem contra a natureza humana, não podem deixar de ser considerados, em si mesmos, vícios. Fragmentos maiores ou menores de paixão, irreflexão, esquecimento e devaneio permanecem em cada um de nós ou seria insuportável o confronto com a consciência da morte e as agruras da vida (RESENDE, 2000, p. 19).

O autor faz uma reflexão, como se pode observar a partir do extrato acima, sobre esta necessidade que se impôs à época de se abdicar daquilo que fugisse a um padrão de valores considerados como essenciais para a constituição da sociedade capitalista nascente. Porém, destaca que cada um de nós traz em si elementos que, em algum momento, podem ser considerados como "loucura", e que não há como separar tais características da humanidade pois fazem parte da constituição humana. Ou seja, absurdo seria querer eliminar do homem determinadas características que fazem parte da singularidade de homens e mulheres. E continua:

Apesar de seu título, o *Elogio* é menos uma glorificação da loucura do que uma bem humorada sátira à ideologia da nascente revolução burguesa, ideologia esta que, travestida de científica, filosófica e religiosa, viria a lançar as bases de um novo conceito de natureza humana. Ao evocar o século de ouro, o autor sugere que existiram um dia um tempo e uma sociedade na qual, pela própria relação que os homens mantinham entre si e com a natureza, a loucura aparecia diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural. A modificação daquelas relações, trazendo consigo a necessidade de um novo homem cujas qualidades de virtude, contenção, parcimônia e razão eram exigências fundamentais, veio alargar os limites da norma e, conseqüentemente, estreitar os horizontes permitidos à loucura (RESENDE, 2000, p. 19).

A “loucura” começava a ser vista como algo indesejável, algo que precisava ser banido desta nova organização social, deste “novo conceito de natureza humana” do qual fala o autor. A nova sociedade exigia um novo homem. Tudo aquilo que fugia ao padrão do bom senso ou da razão começava a ser rejeitado.

Com o desenvolvimento inicial do capitalismo e o conseqüente agravamento significativo da situação de miséria entre a população trabalhadora, era necessário esconder a pobreza, de modo a validar este modo de produção como viável e bom

para a sociedade. Verifica-se, segundo Desviat, o número significativo de pessoas que foram enclausuradas, no século XVII, somente em Paris, revelando que era germinada a partir de então uma sociedade marcada fortemente pela desigualdade:

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número das pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris - reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas - poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com 500 mil habitantes (DESVIAT, 1999, p. 15).

É interessante destacar a fala do autor no que se refere à “intenção absolutista de ocultar a miséria”. Aos pobres, doentes, idosos, enfim, aos que não serviam mais àquela sociedade, era reservado o enclausuramento. E a pessoa com doença mental fazia parte deste grupo; porém, ainda sem nada que a distinguisse dos demais marginalizados. Ou seja, não era dispensado a estas pessoas um “tratamento” específico, diferenciado, o que ocorreu posteriormente com a criação dos manicômios e a conseqüente legitimação da segregação da pessoa com sofrimento psíquico, materializada pela privação de liberdade destas pessoas, tida como a única e indispensável forma de atendimento possível para elas. Segundo Dias (1997b, p. 41), “até fins do século XVIII os loucos eram vistos como manifestação dos deuses ou possessão demoníaca e sua marginalidade estava associada a dos miseráveis, dos imorais, dos anciões, dos vagabundos”. A “loucura” não era tida como doença. Os “loucos” podiam circular com certa liberdade, com certa tolerância (RESENDE, 2000, p. 20).

Entretanto, dentre este grupo de marginalizados, criaram-se mecanismos diferenciados para a segregação da pessoa com doença mental. Desviat expõe:

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. [...] Suprimidas as *lettres de cachet* - ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime -, o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da

liberdade sem garantias jurídicas. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável [...] (DESVIAT, 1999, p. 16).

Assim, justificou-se a ascensão de uma ciência – a psiquiatria – como única forma de lidar com a "loucura". É neste contexto de desenvolvimento da ciência e de primazia da razão que surge a psiquiatria, enquanto um ramo do conhecimento, como forma de legitimar o processo de segregação da pessoa com doença mental. A esta disciplina, através dos detentores do conhecimento, foi delegada a função de “tratar” a doença mental. Desta forma, aqueles grupos sociais que eram considerados como incapazes de agir levados pela razão – os “loucos” - foram levados a uma situação de maior vulnerabilidade ainda.

Diante de certos comportamentos tidos como “doentios”, os quais eram (e ainda o são) considerados muitas vezes como ameaça ao poder instituído, optou-se pelo isolamento e reclusão das pessoas com sofrimento psíquico, sendo Pinel, no final do século XVIII, “um dos pioneiros a aplicar esta mentalidade de tratamento aos doentes, calcado em três princípios: isolar o louco do mundo exterior; ordem asilar; e relação de autoridade entre médico e doente” (Dias, 1997a, p. 13). Desta forma, verifica-se na história que os manicômios foram os locais privilegiados para a concretização da segregação da pessoa com doença mental. Ou seja, a Liberdade, a Igualdade e a Fraternidade propostas pela Revolução Francesa, naquela época, enquanto valores, só poderiam ser acessadas pelos iguais, por aqueles julgados como únicos capazes de exercer direitos e deveres. Para os “loucos” restava a reclusão em manicômios, o isolamento, já que eram considerados uma ameaça (DIAS, 1997b). Também Desviat (1999, p. 17) aborda esta questão quando afirma que “o alienado era uma pessoa supostamente irresponsável, não era um sujeito de direito, de acordo com as normas que a burguesia vinha estabelecendo”.

Para compreender melhor o que significa a instituição manicômio, especialmente para a pessoa internada, buscamos os estudos de Goffman sobre o tema. Para ele, os manicômios são considerados como *Instituições Totais*, ou seja, aquelas nas quais os seus internos realizam atividades, em todas as esferas da vida humana, como trabalho, lazer, alimentação, sono, no mesmo local, de forma conjunta e sob uma mesma autoridade, a qual estão submetidos em todas essas esferas. Não há uma divisão entre estas áreas da vida. Cada etapa das atividades é realizada na companhia de um grupo de pessoas, sendo obrigados a fazer tudo em

conjunto. Há horários fixos pré-estabelecidos e atividades programadas em seqüência, sendo que as mesmas são impostas pelas autoridades (GOFFMAN, 2001). A pessoa internada, ao ingressar em tais instituições, é destituída de seus bens, sendo, segundo o autor, “despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal” (GOFFMAN, 2001, p. 28). Além desta “deformação pessoal”, que segundo Goffman “decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade” há ainda a “desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo”, dentre as quais o autor cita “pancadas, terapia de choque, ou, em hospitais para doentes mentais, cirurgia” (GOFFMAN, 2001, p. 29).

Sendo a "loucura" transformada em doença, a solução do problema seria simplificada: deslocando o problema para uma questão de saúde, bastava o tratamento médico adequado. Desta forma, o quadro mais amplo de transformação da estrutura social e econômica da época ficava fora de questionamento, não sendo considerado o impacto negativo que esta alteração social causava não só nas pessoas com doença mental, mas nos trabalhadores em geral. Segundo Costa e Tundis:

Os saberes e práticas voltadas para os considerados doentes mentais apresentam a mesma lógica que move os mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem. Dentro de uma perspectiva sociológica, torna-se extremamente difícil discerni-los do conjunto de instituições aparelhadas para vigiar e classificar, punir e produzir as condutas consideradas criminosas e controlar as camadas populares urbanas percebidas como “classes perigosas” (COSTA; TUNDIS, 2000, p. 11).

E continuam:

Nessa discussão não estamos diante do aspecto mais gritante da ação do aparato repressivo, como a organização policial, cuja lógica pressupõe o uso metódico e sistemático da prisão correcional, dos maus tratos e da tortura bem como da aplicação da lei contra as classes baixas. Mas estamos aqui diante de mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico, que desde o momento que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas [...] tomam como função sua a reclusão de órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos. A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa (COSTA; TUNDIS, 2000, p. 11 e 12).

Costa e Tundis (2000) chamam a atenção para o caráter “silencioso” dos mecanismos utilizados como forma de dominação de uma classe por outra, ou seja, da forma disfarçada como são empregados meios de subjugar as “classes baixas”. A psiquiatria encontra-se situada, segundo a definição dos autores, dentro destes mecanismos criados para assegurar o pleno desenvolvimento da “liberdade burguesa”.

Embora as transformações da época tenham tido grande influência sobre a forma de lidar com a "loucura", fazendo com que esta fosse repudiada e as pessoas com doença mental segregadas socialmente, não quer dizer que antes disso ela fosse bem aceita, como já foi explicitado anteriormente. Porém, em virtude da importância dada à faculdade da razão, tida como essencial para o desenvolvimento das formas de trabalho que surgiam na época, naquele momento histórico os “loucos” passaram a sofrer mais intensamente o estigma. Isto porque a sociedade não contemplava na sua formação espaço para um “ser diferente”, para uma singularidade humana a qual não necessariamente tivesse que ter a razão como elemento central. Era necessário marcar a pessoa com doença mental como alguém considerado inválido, deplorável, perigoso, já que, sendo “louco”, não serve para o trabalho e, portanto, deve ser posto de lado, marcado como alguém desprezível.

Sobre o estigma, Goffman diz:

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo *stigma* para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor - uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1988, p. 11).

Segundo este autor já desde a antiguidade aplicavam-se formas de marcar as pessoas com determinadas características atípicas como meio de distingui-las das demais, estabelecendo-se aí uma separação entre bons e maus, obedecendo a um determinado padrão de sociedade. Remonta a tempos antigos esta disposição humana em estabelecer comparações entre pessoas, depreciando no outro aquilo que seja diferente ou fuja das características mais gerais, negando a beleza e a riqueza da diversidade.

Historicamente, e até os dias de hoje, constata-se a existência de discriminação e preconceito relativos à pessoa com doença mental. Isto revela a

estigmatização desta doença, causando assim uma forma de segregação, já que “toda essa imagem negativa da doença mental baseia-se no estigma, uma vez que faz com que a pessoa seja discriminada, rejeitada e, conseqüentemente, isolada.” (PUEL; BRUM; MAY, 1997, p. 46).

Para Fernandes:

O conhecimento acumulado pela ciência, em suas diferentes áreas, não é suficiente para abarcar o significado humano de cada ser. O problema que se coloca aqui se refere ao fato de que a insuficiência do saber só é agravada pela soberba de sua imposição que irá influenciar no modo de viver das pessoas. Essa influência nem sempre foi construtiva, tendo em vista que muitos métodos que foram criados, nas diversas áreas do saber têm servido para criar muros entre as pessoas, consolidando fronteiras que separam “os normais” dos “não-normais” (FERNANDES, 2003, p. 1).

Para esta autora, na realidade o que pode ser considerado “deficiente” é o conhecimento científico construído na história, o qual não é capaz de considerar as singularidades humanas, gerando o que Fernandes chama de *interdição*. Para esta autora, a *interdição*: “produz a limitação da possibilidade de compreensão das diferenças ou dos seres rotulados como diferentes” (FERNANDES, 2003, p. 6).

Coloca-se neste ponto, também, a discussão da “normalidade”: o que vem a ser “normal”? Fernandes, ao abordar este tema, afirma:

A cultura da dita “normalidade”, infelizmente, é algo que diz respeito a uma construção histórico-social, mesmo sendo essa diferente da realidade subjetiva dos seres humanos. Normalidade não faz sentido, se for considerada a magnitude e a singularidade da vida humana. Levando-se em conta a imprecisão e o inacabamento de tudo que diz respeito ao humano, a palavra normalidade se esvazia, se perde em meio a um dinamismo que não se enquadra em nenhum padrão. Todas as pessoas são diferentes umas das outras, incompletas, imperfeitas e assim se faz à caracterização de seres humanos, em um dia-a-dia com inúmeras “restrições impeditivas” (FERNANDES, 2003, p. 10).

Não é possível existir um padrão de “normalidade” se cada pessoa guarda a sua singularidade. Não há como padronizar, como se todos devessem ser iguais. Aliás, o que se pode verificar de igual entre os seres, o que se pode considerar comum a todos é exatamente a característica de que não há uma pessoa igual a outra: cada um é diferente, cada um tem as suas características próprias, que não se repetem, que não podem ser comparadas às de nenhum outro ser. E, se todos são diferentes, todos deveriam ter um lugar a ocupar na vida social, o que,

infelizmente, não acontece. Foge, em geral, à compreensão humana essa existência da diversidade e a riqueza que dela advém.

Para Fernandes (2003, p. 4), “se não é tão fácil compreender realmente o que significam as singularidades, ao menos se tem que admitir que as mesmas compõem a condição humana e que estas não podem ser marcadas, segregadas, excluídas ou aniquiladas”. O desenvolvimento da humanidade através dos tempos, o conhecimento acumulado na história, tudo isto não foi capaz de representar também um avanço na compreensão e no respeito às diferenças. Infelizmente, ainda hoje se verificam inúmeras maneiras de atentado contra o direito a existir enquanto “ser diferente”, o que todos nós somos, o que fere a própria condição de “ser humano”:

Vive-se em uma cultura atravessada por um quase invisível processo de descaracterização da humanidade que há nas pessoas que se expressam em um outro modo de ser, que não o esperado. A consequência da experiência de tal diversidade tem sido a exclusão, a interdição das instâncias sociais para aqueles que não se enquadram na moldura social (FERNANDES, 2003, p. 5).

O fato de não haver lugar para aqueles considerados como “não-normais”, expresso pela “exclusão” e pela “interdição das instâncias sociais”, pode ser visto como uma forma de negação à condição de humano destas pessoas, já que a elas não é garantido o simples direito de existir plenamente em sua singularidade. É uma cultura dominante que dilacera as particularidades. Retomando o percurso histórico através da revisão bibliográfica sobre o tema saúde mental, passamos a uma análise da forma como se processaram no Brasil as ações voltadas ao atendimento das pessoas com sofrimento psíquico.

A história da psiquiatria no Brasil teve trajetória semelhante à verificada na Europa. Para Amarante (1994, p. 74), “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social”. Ou seja, a psiquiatria surgiu no Brasil em meio a um período sócio-histórico no qual havia a necessidade de legitimar a segregação de determinado grupo social, o qual era indesejável às classes dominantes. Amarante prossegue:

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferencialmente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, ‘degenerados’, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título

de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

Resende é outro autor que se propõe a fazer uma abordagem histórica da psiquiatria no mundo e no Brasil. Ele faz referência ao fato mencionado por Amarante no que se refere à falta de dados sobre a psiquiatria brasileira, o que obstaculiza uma análise mais apropriada sobre o tema. No entanto, conclui que a própria escassez torna-se um dado para a análise:

Refiro-me à escassez de dados e informações; contrariamente às suas irmãs da Europa, dos Estados Unidos e mesmo de alguns países da América Latina, a psiquiatria brasileira tem revelado extraordinário pudor em desnudar-se em público. [...] Se, por um lado, a farta disponibilidade desses dados permite que se avance na compreensão das articulações que a psiquiatria tem mantido com a sociedade e no entendimento das funções que esta lhe outorga, por outro lado, não seria descabido supor que sua escassez esconde a existência de uma tendência central que se manteve intocada ao longo do tempo e não pode ser claramente enunciada (RESENDE, 2000, p. 17).

Segundo Resende (2000), há entre os profissionais que atuam na saúde mental, em sua maior parte, uma crítica referente à falta de uma política de saúde mental no Brasil. Para ele, de fato não se pode falar em política, pois isto teria como pressuposto a existência de um conjunto de intencionalidades e um conjunto de ações contínuas e presentes em todo o território, o que resultaria na existência de dados empíricos também. E isto não ocorreu. Assim, Resende considera que existem “tendências” nesta área no país. E estas “tendências”, ou a forma como a psiquiatria no Brasil foi se organizando, tiveram uma relação com o que ocorreu na Europa no início da Idade Moderna:

[...] as circunstâncias que determinaram a emergência do louco enquanto problema social e trouxeram consigo a necessidade de instituições para controlá-lo no Brasil do século XIX e na Europa no século XVI foram, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo, bastante semelhantes entre si (RESENDE, 2000, p. 18).

No Brasil, ao final do século XVIII, a sociedade aparece dividida entre uma “minoridade de senhores e proprietários”, uma “multidão de escravos” e aqueles que não eram nem escravos, nem proprietários e que não tinham trabalho, pelo preconceito ou pela falta de trabalhos disponíveis (RESENDE, 2000, 34). Assim, a “loucura” passa a ser objeto de repressão, “vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à

desordem, à mendicância, à ociosidade” (RESENDE, 2000, p. 35). O autor descreve:

[...] contam-se em algumas poucas dezenas os loucos recolhidos aos porões das Santas Casas. Restavam-lhes as prisões, que dividiam com criminosos, condenados ou não, bêbados e arruaceiros, e onde, contrariamente ao que sucedia nas enfermarias das casas de caridade, os maus tratos eram democraticamente distribuídos a todos (RESENDE, 2000, p. 35).

Resende (2000, p. 37) estabelece como “marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira” o ano de 1852, com a inauguração do Hospício D. Pedro II (que mais tarde passou a denominar-se Hospício Nacional dos Alienados), no Rio de Janeiro. Nas décadas seguintes, outras instituições foram inauguradas em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará.

A partir de uma compilação feita por Tácito Medeiros, Resende (2000) apresenta uma lista de 56 instituições para assistência à pessoa com doença mental (denominadas como: asilo, hospício, casa de saúde, enfermaria, hospital colônia, sanatório, manicômio judiciário, dentre outras), presentes na maioria dos Estados brasileiros, inauguradas no período de 1841 a 1954. Optamos por listar aqui somente aquelas consideradas como de maior relevância para este trabalho, quer pela sua localização geográfica, quer pela sua importância em termos nacionais para a história das políticas voltadas à saúde mental no Brasil:

- 1852: inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro;
- 1884: inauguração do Hospício São Pedro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS);
- 1903: inauguração do Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais;
- 1925: inauguração do Manicômio Judiciário, em Porto Alegre, RS (atualmente denominado Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso).

O Hospício de Pedro II foi a primeira instituição asilar destinada ao atendimento das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Situava-se no Rio de Janeiro mas se destinava ao atendimento de pessoas vindas de todo o Império. Atingiu a sua lotação completa (350 pessoas) já no seu primeiro ano de funcionamento (RESENDE, 2000). Lá, além da superlotação, podia-se verificar o emprego de métodos desumanos como “as camisolas de força, os jejuns impostos,

as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato” (MEDEIROS, 1977 apud RESENDE, 2000, p. 39).

Em 1884 é inaugurado, em Porto Alegre, o Hospício São Pedro. Segundo Dias (2007, p. 65), a função social do hospital, desde sua fundação, foi ser “o depositário estadual de todo o tipo de indesejados e pobres da sociedade. A capacidade do hospital era de 477 doentes e chegou a ter 1800 pessoas”. Para esta autora:

Na concepção vigente na época, a instituição hospitalar se faz necessária para assumir os estranhos à normalidade e de difícil convívio social, pois ainda não se havia constituído organicamente o saber da psiquiatria, que posteriormente se tornou a disciplina responsável pela administração e tratamento da loucura. O ingresso de pacientes no estabelecimento não era por exclusivo critério médico, pois os intendentess municipais foram autorizados a requisitarem internação psiquiátrica, através de Decreto em 1924 (DIAS, 2007, p. 61).

Posteriormente, segundo dados do portal da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul na Internet ([1995]), em 1925, é criado o Manicômio Judiciário, que foi o segundo a entrar em funcionamento no país, destinado às pessoas com doença mental que cometiam crimes no Estado. Antes, estas pessoas iam para as Casas de Correção. Inicialmente ele funcionava no mesmo local do Hospício São Pedro. Em 1937, por reformulações na organização da Polícia, o manicômio passou a ser equiparado a um presídio qualquer, transformando “o doente mental em condição de recluso”.

O Hospital Colônia de Barbacena, segundo Flexa ([1998]), é tido como “símbolo da morte”, fazendo alusão às “60.000 mortes que aconteceram ao longo da história do manicômio”. O hospital, no decorrer de sua existência, sofria com a superlotação, falta de profissionais, falta de higiene: “um esgoto a céu aberto atravessava o hospício. A água podre que corria, entretanto, era a maneira mais fácil que vários dos internos encontravam para aplacar a sede”, dentre outras precariedades que ocasionavam elevado número de mortes (FLEXA, [1998]).

Atualmente, o hospital passou por uma reformulação, decorrente do processo de reforma psiquiátrica. A cidade de Barbacena conta com uma estrutura de serviços de saúde mental, servindo a mesma como símbolo para os processos de desinstitucionalização em andamento no país. Tal fato pode se constatado pela importância dada à história do Hospital na exposição intitulada “De Volta para Casa”,

organizada pela Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental em parceria com a Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS), e que percorre cidades brasileiras desde setembro de 2007, mostrando através de fotos e falas de usuários as mudanças na forma de organização da assistência psiquiátrica no Brasil.

Em síntese, verifica-se que a história da assistência psiquiátrica no Brasil foi marcada pelo asilamento como única forma de tratamento da “loucura” sendo que, na maioria dos casos, as instalações destinadas a acolher a pessoa com doença mental rapidamente passavam à condição de superlotação e tinham condições precárias de atendimento.

Na seqüência, estaremos abordando a temática da Reforma Psiquiátrica e como são propostos os processos de desinstitucionalização.

2.2 A REFORMA PSQUIÁTRICA E OS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O termo reforma está associado à mudança. Por reforma psiquiátrica pode-se entender a mudança de um modelo psiquiátrico, da forma ao abordar questões relativas à doença mental e a sua assistência. Para Amarante (2000, p. 87), a reforma psiquiátrica pode ser considerada como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. O mesmo autor destaca que a utilização do termo reforma sempre esteve associada “a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base” (AMARANTE, 2000, p. 87). Entretanto, salienta que a utilização do termo acabou prevalecendo como estratégia para construção de “consenso e apoio político”.

Para Desviat:

Com o surgimento dos processos de reforma psiquiátrica, ela se converteu rapidamente em um movimento contracultural que questionou a própria doença mental e a psiquiatria. Foi uma crítica global e ideológica desse ramo [...] que serviu para dinamitar os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental (DESVIAT, 1999, p. 41).

A partir de uma breve conceituação, faz-se necessário buscar os fundamentos dessa psiquiatria clássica que veio a ser combatida com os processos de reforma, os quais estiveram presentes na Europa, Estados Unidos e América Latina.

Segundo Amarante (2000, p. 23): “a partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental”. O fenômeno da “loucura” foi transformado em doença mental, e a sua forma de abordagem passou a se dar através da “medicalização e terapeutização” (AMARANTE, 2000, p. 23). A partir daí, funda-se a psiquiatria. Philippe Pinel⁴, médico francês, torna-se figura importante ainda no final do século XVIII:

A figura do médico clínico, surgida a partir de 1793, tem em Pinel sua principal e primeira expressão. A ‘tecnologia pineliana’, segundo Castel (1978), estabelece a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado. Ordenando o espaço valendo-se das diversas ‘espécies’ de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos (AMARANTE, 2000, p. 25).

Destaca-se aqui que, com os estudos de Pinel, foi possível sistematizar um conhecimento a respeito da doença mental, buscando um diagnóstico para as diferentes formas de manifestação destas doenças para, a partir daí, propor formas de tratamento mais adequadas a cada caso, o que não vinha ocorrendo até então. Com a inauguração do hospital como local de prática médica, deixando de ser entidade social e filantrópica, e com a “assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência”, constata-se a existência da “primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 2000, p. 26). O mesmo autor salienta que este ato de Pinel, desde o princípio, não recebeu aprovação unânime. Já desde o surgimento deste modelo asilar muitas críticas existiam, especialmente com relação “ao caráter fechado e autoritário da instituição e terminam por consolidar um primeiro modelo de reforma à

⁴ “Philippe Pinel foi um médico francês, considerado por muitos o pai da psiquiatria. Notabilizou-se por ter considerado que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que, ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como doentes e não de forma violenta. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais”. Disponível em Wikipedia: <http://.pt.wikipedia.org>; acesso em 22/05/2008.

tradição pineliana, qual seja, o das colônias de alienados” (AMARANTE, 2000, p. 26). Entretanto, este modelo das colônias, na prática, apenas “serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospital tradicional”, não se diferenciando muito dos asilos de Pinel (AMARANTE, 2000, p. 27).

O modelo manicomial vigorou por um período de aproximadamente dois séculos. Somente no período pós segunda guerra mundial começa a surgir um movimento de questionamento quanto à validade deste modelo. Profissionais da área da saúde que tiveram a experiência de ser prisioneiros de campos de concentração, vivenciando estas situações de privação de liberdade e violação de direitos, passaram a ter um olhar crítico com relação ao modelo manicomial (DIAS, 1997b).

Foi a partir de então que começaram a surgir, em países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, movimentos de questionamento à psiquiatria tradicional até então exercida. A França, conforme as bibliografias pesquisadas, foi pioneira no que se refere ao questionamento do modelo manicomial. Segue abaixo quadro com as principais características destes movimentos:

Movimento	Época	Autor (es) principais	Características
Psicoterapia Institucional	1952	François Tosquelles, Daumezon e Koechlin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Sain-Alban como espaço de resistência ao nazismo; ▪ palco de denúncias e lutas contra caráter segregador e totalizador da psiquiatria; ▪ resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico; ▪ as instituições eram vistas como “doentias” devendo ser tratadas, reformadas; ▪ tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise; ▪ restrição ao espaço institucional asilar.
Psiquiatria de Setor	1960	Bonnapé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ contestação psiquiatria asilar; ▪ transfere para a comunidade o dispositivo de atendimento aos doentes mentais; ▪ internação restrita a uma etapa do tratamento; ▪ territórios divididos em setores, com população de no máximo 70 mil habitantes, contando com equipe multidisciplinar.

Quadro 1 - Movimentos de reforma psiquiátrica na França

Fonte: sistematização da autora (2008) a partir de AMARANTE, 2000, pp. 28-50; MELMAN, 2006, pp. 56-68.

Na Inglaterra e nos EUA, já no final da década de 50 e início da de 60, surgem os primeiros movimentos de questionamento à psiquiatria clássica. O contexto era dado pela plena expansão dos movimentos de rebeldia, pela revolução sexual, culturas alternativas e *rock and roll*, mas também era um período marcado pelos reflexos das duas Guerras Mundiais e pelos movimentos em favor dos direitos humanos.

No campo da defesa dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, os movimentos que surgiam na época, na Inglaterra e nos EUA, podem ser apresentados, resumidamente, como a seguir:

Movimento	Época	Autor (es) principais	Características
Comunidade Terapêutica	1959 Contexto do pós guerra; repúdio à violência e ao desrespeito aos direitos humanos	Maxwell Jones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reformas restritas ao hospital psiquiátrico; ▪ adoção de medidas administrativas, democráticas e participativas nas instituições asilares; ▪ modificação da visão da doença mental como processo irreversível; ▪ inaugura a possibilidade de alguns doentes mentais virem a ser tratados fora do manicômio.
Antipsiquiatria	Década 1960, em meio aos movimentos da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento <i>hippie</i>)	Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, especialmente com a esquizofrenia; ▪ 1ª crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, desautorizando-o a considerar esquizofrenia como doença; ▪ loucura apresentada como reação à violência externa; ▪ busca romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente; ▪ núcleo 'familiar' é considerado o principal gerador da loucura; ▪ loucura como foto social, político e experiência positiva de libertação; ▪ busca diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles.

Quadro 2 - Movimentos de reforma psiquiátrica na Inglaterra

Fonte: sistematização da autora (2008) a partir de AMARANTE, 2000, pp. 28-50; MELMAN, 2006, pp. 56-68.

Movimento	Época	Autor (es) principais	Características
Psiquiatria Preventiva	1963	Kennedy, Gerald Caplan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em 1955, censo denuncia péssimas condições das instituições psiquiátricas americanas; ▪ crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas; ▪ absorção pela psiquiatria de conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista; ▪ ampliação oferta serviços extra-hospitalares; ▪ surgimento da expressão desinstitucionalização; ▪ representou processo de racionalização de recursos.

Quadro 3 - Movimento de reforma psiquiátrica nos Estados Unidos

Fonte: sistematização da autora (2008) a partir de AMARANTE, 2000, pp. 28-50; MELMAN, 2006, pp. 56-68.

Para Barros (1994), a desinstitucionalização se processou de duas formas distintas nos diferentes países. Na Inglaterra, França e nos Estados Unidos optou-se pela gradual diminuição da importância do hospital psiquiátrico, a qual se deu a partir da criação de serviços assistenciais substitutivos. Já na Itália o processo foi inverso: priorizou-se a “desmontagem” do manicômio e, simultaneamente, foram sendo criados outros serviços de assistência territoriais. Para Barros:

A luta pela cidadania constitui um dos pilares da desinstitucionalização. A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela Psiquiatria Democrática. Procuraram equacionar de maneira diversa a relação loucura - periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas (BARROS, 1994, p. 177).

A autora levanta aqui uma questão de extrema importância, que estava presente no movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que é a questão da cidadania da pessoa com doença mental. O rótulo de “perigoso” à sociedade foi usado como “armadilha” para que a pessoa com doença mental não pudesse exercer sua cidadania, ficando à margem da vida social. No entanto, há pesquisas que comprovam que não é possível associar doença mental com criminalidade. Barros cita: “todas as pesquisas feitas com amostras suficientemente vastas indicam que entre os doentes mentais não estão presentes porcentagens de infrações violentas, incluindo homicídios, mais elevadas que na população geral” (GATTI & TRAVERSI, 1979 apud BARROS, 1994, p. 185).

Fazendo uma análise sobre a experiência de reforma psiquiátrica italiana, Rotelli (1994) afirma que naquele país foi possível utilizar-se das experiências de reforma desenvolvidas anteriormente por outros países com o objetivo de não repetir os mesmos erros. Para este autor, tais experiências foram falidas por não terem conseguido pôr em discussão a instituição da psiquiatria, utilizando como referência estes outros modelos na construção de um novo, o qual fosse capaz de imprimir uma verdadeira transformação na assistência psiquiátrica. Ao considerar que a *instituição* não foi posta em questão, Rotelli apresenta uma definição:

A instituição é, para nós, o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos nesta rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente. Ele se ocupa de tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber (ROTELLI, 1994, p. 151).

Ao não se questionar a instituição em si, as experiências de reforma anteriores não poderiam garantir a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Para Rotelli, era necessário pôr em questão a instituição, a fim de ter a pessoa com doença mental como protagonista no campo da saúde mental, como sujeito de direitos, sujeito que deve ser entendido em sua totalidade, e não restrito à condição de “doente mental”

Segue abaixo quadro com as principais características do movimento de reforma italiano, o qual teve influência importante para a construção do processo de reforma psiquiátrica no Brasil:

Movimento	Época	Autor (es) principais	Características
Tradição Basagliana	Década de 60, no manicômio de Gorizia 1971, em Trieste	Franco Basaglia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crítica radical ao paradigma psiquiátrico clássico; ▪ necessidade de uma análise histórica da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento; ▪ movimento político que atribui aos movimentos sociais o lugar central; ▪ crítica à simples humanização do <i>locus</i> manicomial; ▪ revela a conexão intrínseca entre os interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica.
Psiquiatria Democrática Italiana	1973	Inspirado na tradição basagliana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Denúncia civil das práticas de violência institucional; ▪ construção de bases sociais para viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo território italiano; ▪ Resulta na aprovação da chamada “Lei Basaglia” (Lei 180 - Itália), em 1978, que proibiu a internação em manicômio.

Quadro 4 - Movimentos de reforma psiquiátrica na Itália

Fonte: sistematização da autora (2008) a partir de AMARANTE, 2000, pp. 28-50; MELMAN, 2006, pp. 56-68.

A reforma psiquiátrica brasileira foi tardia, se comparada ao movimento europeu. Segundo informações constantes no portal do Ministério da Saúde do Brasil [(200-?)], a internação de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos foi praticamente a única forma de “tratamento” possível a tais pessoas desde meados do século XIX. Além disso, estes hospitais localizavam-se nos grandes centros urbanos, deixando amplas regiões desatendidas. Somente na década de 70 surgem os primeiros movimentos favoráveis à desinstitucionalização.

Ainda segundo informações do portal do Ministério da Saúde, a reforma psiquiátrica pode ser definida como:

A ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade; é amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos; significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade; o atendimento é feito em Caps - Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência; as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

Na década de 60, o Brasil vivia um momento econômico e social que propiciava trilhar um caminho inverso ao percorrido por países europeus, em termos de saúde mental. Enquanto aqueles experimentavam a crítica à psiquiatria tradicional, ao modelo manicomial, questionando a condição desumana a que eram submetidas pessoas com doença mental, o Brasil implementava uma política de ampliação de leitos psiquiátricos (DIAS, 1997b). Isto fica evidenciado pelos dados que Dias (1997b, p.26) apresenta, citando Alves (1992): ao final da década de 80 “existiam aproximadamente 85.000 leitos psiquiátricos no Brasil, 65.000 destes privados e filantrópicos”.

Delgado resume bem as características do período que antecedeu o processo de reforma psiquiátrica no Brasil:

Naquele período dos anos 60 e 70, o que se tentava era impor uma forma de pensar a saúde mental extremamente autoritária, disciplinar, pedagógica, oriunda de uma visão de sociedade que os americanos têm de que a sociedade em si é harmônica, funcional, tudo está no seu lugar desde que você repila os desvios e controle duramente as pessoas que contestam a ordem social. Essa visão funcionalista e autoritária estava embutida na idéia de prevenção dos anos 70 (DELGADO, 2001, p. 7).

Amarante (1995, p. 88) apresenta uma “periodização da reforma psiquiátrica brasileira”, referência que será utilizada a seguir para compor uma breve síntese sobre o tema. O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil começa a surgir ao final da década de 70. Um marco para a constituição deste processo foi o surgimento Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual foi motivado, principalmente, por uma crise no Departamento Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde - DINSAM, em 1978, no Rio de Janeiro. Vieram à tona denúncias quanto à precariedade das condições de trabalho dos profissionais que atuavam nesta área, como falta de política salarial, falta de formação para os profissionais, número insuficiente de profissionais (elevado número de “bolsistas”), dentre outras. Tal situação contribuiu para a criação do MTSM, o qual, segundo Amarante (1995, p. 52), tinha como objetivo “constituir-se em espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica”. Este movimento não ficou só no Rio de Janeiro, fazendo-se presente também nos Estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais, constituindo-se como “força nacional”, segundo Amarante (1995, p. 90).

Para o autor em questão, a reforma psiquiátrica brasileira pode ser dividida,

“para efeitos metodológicos”, em trajetórias:

- **Trajetória alternativa:** conjuntura do final da ditadura militar; surgem primeiras mobilizações sociais na área da saúde, dentre elas o MTSM.
- **Trajetória sanitarista:** início década de 80; processo de institucionalização do movimento de reforma; sofre influência das diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a qual estimulava a medicina comunitária, preventiva e de atenção primária; marcada pela ‘co-gestão’ entre Ministério da Saúde e Assistência e Previdência Social; realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco da Reforma Sanitária, que veio a reestruturar o setor da saúde no Brasil. Para situar o momento histórico, torna-se importante definir a reforma sanitária brasileira. Segundo a OPAS:

A reforma sanitária brasileira tem como marco de debate a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, e visa ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais: (I) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; (II) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e (III) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde. Esse marco de reforma tem sua base jurídico-institucional na Constituição Federal de 1988 e nas leis subseqüentes. (OPAS, 1998, p. 30)

- **Trajetória da desinstitucionalização:** realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental; constituição do lema ‘por uma sociedade sem manicômios’; surge um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo (1987); “surgem novos atores no cenário das políticas de saúde mental: são os loucos, os loucos pela vida. É o caso de associações de familiares e usuários, como a SOSINTRA (RJ) [...] ou da Associação Franco Basaglia (SP)” (AMARANTE, 1995, p. 95).

Ainda, nesta trajetória de desinstitucionalização, verifica-se que a mobilização a favor do fim dos manicômios é assumida por outros segmentos sociais, e não somente pelos profissionais da área da saúde mental. Criam-se diversas associações de usuários e familiares, em todo o país. Foram abertos cursos de

especialização em psiquiatria social, indicando que estava sendo construída uma transformação na própria formação dos profissionais da área.

Conforme o Ministério da Saúde (MS):

A reforma psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

Utilizando como referência o documento acima citado, apresentamos a seguir outra retomada histórica do processo de reforma psiquiátrica brasileira, a partir de outra fonte. O documento em questão foi elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil, por ocasião da *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, realizada em Brasília, em novembro de 2005. O documento faz referência à Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ocorreu em Caracas, em 1990, e que inaugurou o movimento de reforma psiquiátrica na região.

Para o MS, a reforma pode ser apresentada em três momentos históricos:

- 1) Crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978 a 1991)
- 2) O começo da implantação da rede extra-hospitalar (1992 - 2000)
- 3) A reforma psiquiátrica depois da lei nacional (2001 - 2005)

No primeiro momento, destaca-se a atuação do MTSM, já referida anteriormente, e que teve papel fundamental no processo. Segundo o relatório:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que 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 às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas [...] (BRASIL, 2005, p. 7).

Verifica-se a influência que a experiência italiana de desinstitucionalização, liderada por Franco Basaglia, teve na trajetória de reforma brasileira. Também se destaca neste período a construção do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, em 1987. Em Santos, são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com o funcionamento durante 24h, além de “cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações” (BRASIL, 2005, p. 7). O município de Santos é tido como marco na reforma psiquiátrica brasileira, ao demonstrar que era possível transformar o modelo de assistência à saúde mental.

Destaca-se também a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a qual garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde - SUS, além de assegurar o controle social através da participação da população a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Outro evento importante neste período é a elaboração do Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado, entregue ao Congresso Nacional em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Tal texto serviu de base para a Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), aprovada em abril de 2001.

No segundo momento histórico definido pelo MS (1992 a 2000), destaca-se a aprovação, em nível estadual, das leis de reforma psiquiátrica. O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro no país a aprovar uma legislação nesta área: trata-se da Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, resultante de proposta do deputado estadual Marcos Rolim. Segundo Dias (1997b, p. 73), “este projeto foi formulado e discutido com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), instância estadual do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, inspirado no Projeto de Lei Federal”. Para o MS:

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

Após a realização da Conferência em Caracas, a qual impulsionou os países

latinos a reestruturarem o sistema de atenção à saúde mental, visando especialmente a superação do hospital psiquiátrico, constataram-se mudanças mais palpáveis no sistema de saúde brasileiro. A legislação foi modificada a fim de forçar a concretização da reforma psiquiátrica no país, expressa pela gradual redução de leitos psiquiátricos e pela expansão de serviços substitutivos.

O terceiro momento abordado no relatório (2001 a 2005) se refere ao período posterior à aprovação da Lei nº 10.216. O ano de 2001 foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Ano Internacional da Saúde Mental, cujo lema da campanha era “Cuidar, sim; excluir, não”. Ao final do mesmo ano foi lançado, também pela OMS, o Relatório Mundial da Saúde Mental, apontando a falta de acesso a serviços de saúde como problema mundial. Neste contexto, o Brasil vivia um momento importante para a saúde mental com a aprovação da legislação federal da reforma psiquiátrica, a Lei nº 10.216, de 06/04/01. Discutia-se o lugar do “louco” naquele contexto histórico, contrapondo-se à idéia vigente na década de 60, na psiquiatria, de “moldar” o sujeito às determinações sociais da época:

Nós temos que pensar que o norte ético não é diminuir os sintomas e produzir naquele sujeito psicótico um novo sujeito que não é ele, mas fundamentalmente criar um espaço social para ele viver bem. Criar esse espaço, porque esse espaço não existe, e não existe na sociedade funcionalista da psiquiatria preventiva dos anos 60. Por isso ela não funcionou, e por isso nós nos afastamos dela. Mas nós devemos retomar esse tema da amplificação do campo da saúde mental, com a visão crítica de que é preciso ativamente construir um espaço para o louco, para todos os loucos, para os loucos de todos os gêneros (DELGADO, 2001, p. 7).

Delgado traz aqui uma questão importante relativa ao lugar do “louco” na sociedade, um “espaço social para ele viver bem”. Tal espaço não existe, segundo o autor, o que pode ser constatado na realidade, já que a pessoa com doença mental sofre cotidianamente processos de estigmatização e exclusão. O que precisa ser feito não é “adaptar” a pessoa com sofrimento psíquico ao espaço onde ela vive, e sim construir um espaço onde as singularidades de todos sejam respeitadas. Delgado aponta esta questão como “norte ético” do processo de reforma psiquiátrica. Ou seja, esta é uma questão fundamental, a qual deve estar sempre presente ao se abordar esta temática: “é preciso ativamente construir um espaço para o louco” (DELGADO, 2001, p. 7).

Neste mesmo ano de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde

Mental, em Brasília, a qual contou com a participação expressiva de usuários, familiares, movimentos sociais, profissionais da área da saúde mental, consolidando:

[...] a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

Em 2004 é criado pelo Ministério da Saúde o programa “De Volta para Casa”, direcionado às pessoas internadas em instituições psiquiátricas por longo período (dois anos ou mais), visando a sua desinstitucionalização, destinando recursos financeiros a estas pessoas sob a forma de “auxílio-reabilitação psicossocial”, conforme a Lei 10.708, de julho de 2003. Além disso, são destinadas verbas para a ampliação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como: residenciais terapêuticos, centros de convivência, ambulatórios, além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados dispositivos estratégicos dentro da reforma. Conforme dados do MS (2005), em 1997, a proporção de recursos destinados a hospitais psiquiátricos era de 93,14 %, enquanto que para os serviços extra-hospitalares era destinado 6,86 % dos recursos. Já em 2004 a relação era de 63,84 % para os hospitais e 36,16 % para os substitutivos, ilustrando a redução de investimentos nos leitos psiquiátricos e, em contrapartida, a destinação de mais recursos para a rede de serviços extra-hospitalares.

Todo este processo de reforma, como qualquer movimento para a defesa de direitos, ocorreu dentro de um contexto de disputa de interesses. Para Couto, os direitos sociais são construídos a partir de um movimento da sociedade, ressaltando o valor da participação popular como estratégia possível de resistência às desigualdades:

Compreender o movimento que constrói os direitos [...] torna-se fundamental para pensá-los como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais, abdicando da idéia simplista de que seus fundamentos poderiam estar determinados apenas pela lógica da manutenção da sociedade capitalista ou aprioristicamente, baseados na concepção de natureza humana e descolados do movimento social. Compreender que a criação, a negação, a expansão e a retração de direitos são constituintes de um processo, onde

participam os mais diferentes sujeitos sociais (COUTO, 2004, p. 38).

Enquanto movimentos sociais, compostos por usuários, familiares, profissionais da área da saúde mental, mobilizavam-se em torno da garantia de direitos, no Movimento de Luta Antimanicomial, outros grupos opunham-se a este movimento, por representarem interesses distintos. Isto reflete a luta de forças na sociedade, conforme Dias ao se referir ao então projeto de lei da reforma psiquiátrica brasileira:

Há uma luta entre as forças que apóiam o projeto de lei, formada por vários segmentos da sociedade (entre eles o Movimento de Luta Antimanicomial, do qual fazem parte a organização dos usuários de serviços de saúde mental do Brasil), e a formada por segmentos que defendem os interesses econômicos dos proprietários dos manicômios e alas da psiquiatria mais conservadora, ainda pautada no modelo manicomial como “tratamento” do doente mental (Dias, 1997, p 27).

Há, ainda, o interesse por parte da classe médica em desenvolver práticas dentro de uma grande estrutura, como os hospitais, de uma forma mais distanciada das periferias. Esta postura vai totalmente de encontro à própria Reforma Sanitária Brasileira, conforme as considerações feitas por Dias a respeito da desinstitucionalização:

Esta nova concepção de modelo assistencial é proposta nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Mental. Situada no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, aponta a necessidade de reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, devendo ser criado e priorizado o sistema de rede de atenção em saúde mental, com enfoque multiprofissional (Dias, 1997, p. 26).

Este é o cenário do momento no que se refere à política nacional de saúde mental, um cenário de avanços, não sem muitas disputas, mas também um cenário de desafios. Muito já foi construído com o objetivo de efetivar os princípios da reforma, garantindo assim os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, que representam boa parcela da população brasileira. Segundo dados da Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde (MS), 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso do álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; e apenas 2,3% do orçamento do SUS vai para a saúde mental. O MS

aponta como desafio o aumento de recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Porém, verifica-se, desde a década de 90, a importante influência do neoliberalismo no papel do Estado, estando este, segundo lamamoto, “cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes” (2004, p. 35). Assim, propaga-se a idéia de necessidade de “enxugamento” dos gastos do governo, especialmente na área das políticas públicas, sendo a saúde uma das principais (lamamoto, 2004). A luta pela garantia de um sistema de saúde público e gratuito de qualidade, ao qual todos os que necessitem tenham acesso, é um desafio que se coloca, também, à efetivação da atual política de saúde mental no Brasil.

A reforma psiquiátrica nos países citados, e especialmente no Brasil, se constituiu em um processo histórico importante para a garantia dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, objetivando a ampliação da cidadania. Ainda em curso, a reforma representa um marco na assistência psiquiátrica no Brasil, já que significa uma mudança radical na forma de lidar com a doença mental. A pessoa com sofrimento psíquico passa a sujeito de direitos, alvo de políticas públicas de saúde que garantam a sua autonomia e participação social.

A seguir, abordaremos a experiência de prática profissionalizante em Serviço Social da autora, a qual se desenvolveu em um serviço de saúde estratégico dentro da proposta da reforma psiquiátrica.

3 A EXPERIÊNCIA PROFISSIONALIZANTE EM SERVIÇO SOCIAL

O presente capítulo se propõe a apresentar a experiência profissionalizante em Serviço Social da autora, a qual se desenvolveu no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAPS/HCPA). Inicialmente faremos a apresentação da instituição, trazendo as características gerais e a estrutura da mesma. Em seguida, situaremos a atuação do Serviço Social no contexto do CAPS para, logo após, apresentar a experiência da estagiária dentro deste espaço institucional. Tal experiência foi desenvolvida no período de agosto de 2006 a agosto de 2007, correspondendo aos estágios curriculares II e III desenvolvidos pela aluna, os quais constituem importante elemento do currículo de graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

3.1 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Segundo informações do portal institucional na Internet (HCPA, 2008), a Lei nº 5.604, que cria o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como empresa Pública de Direito Privado, data de 2 de setembro de 1970; porém, já em 1931 nascia a idéia de criação do mesmo, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em 1938, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul comprou o terreno para a construção do Hospital. Em 1940, o mesmo foi doado à UFRGS. A construção do prédio começou na década de 40, estendendo-se até fins da década de 60. Em 1972, com o prédio ainda não acabado por completo, inicia-se o atendimento no serviço ambulatorial e de internação. Aos poucos os serviços foram sendo ampliados, com novas internações e ambulatórios, Bloco Cirúrgico, Laboratório de Patologia Clínica, Serviço de Radiologia e Centro de Material Esterilizado, entre outros.

O Hospital de Clínicas, como uma instituição de saúde, situa-se na esfera de atendimento no nível especializado de alta complexidade. Ele faz parte da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC), sendo vinculado academicamente à UFRGS, tendo como missão “prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar

conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania” (HCPA, 2008). Desta forma, sua missão não fica restrita à assistência à saúde, fazendo parte da mesma, também, gerar conhecimento. É um hospital público, geral e universitário. Atende prioritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), representando estes “88,54% das internações, 93,88% das consultas e 88,89% dos exames oferecidos” (HCPA, 2006b, p. 2). O objetivo do Hospital é fornecer serviços de assistência à saúde, bem como produzir conhecimento. Portanto, localiza-se na esfera das políticas de saúde e de educação.

Dentro desta estrutura encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em funcionamento desde agosto de 2000, local onde se desenvolveu a experiência de estágio da aluna. Este serviço tem como objetivo desenvolver ações de atenção integral às pessoas com transtornos psíquicos graves e persistentes, constituindo-se em uma “estrutura terapêutica intermediária entre a hospitalização integral e o acompanhamento ambulatorial, que se responsabiliza por atender indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação psicossocial” (HCPA, 2006a, p. 2).

A Unidade Psiquiátrica do HCPA, dentro da rede de atenção integral à saúde mental definida pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), caracteriza-se como um serviço de atenção especializada em saúde mental, em nível de alta complexidade. O CAPS também é um serviço de atenção especializada em saúde mental, entretanto, localiza-se no nível de média complexidade. A SES/RS, com base nos princípios do SUS (saúde como direito, universalidade, equidade, integralidade da atenção, participação) e nas suas diretrizes (descentralização, regionalização, integralidade, controle social, formação e capacitação), organizou a Política de Atenção Integral à Saúde Mental no Estado. O princípio da integralidade aparece como elemento fundamental da política de saúde mental e especialmente para o presente trabalho. Segundo Nogueira e Mioto:

A integralidade está calcada em dois pilares básicos que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde. A intersetorialidade, como uma nova forma de trabalhar, de

governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (Rede Unida, 2000; Junqueira, 2004) (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 278).

A política de saúde mental do Estado prevê uma rede de referência e contra-referência, a qual se configura pelos encaminhamentos aos diferentes níveis de atenção em saúde de acordo com as necessidades circunstanciais dos usuários:

A perspectiva de atuação em rede de atenção integral à saúde exige um cuidado especial no que diz respeito ao encaminhamento mais adequado e resolutivo para cada situação, de acordo com sua complexidade, garantindo o retorno do/a usuário/a ao local que deu origem ao encaminhamento, quando for esta a indicação. Para estabelecer uma rede de referência e contra-referência é necessário mapear os locais que mantêm vínculo direto ou indireto com o serviço, especificando quais os critérios de admissão em cada serviço, modalidades de atendimento, bem como estabelecer critérios para encaminhamentos, sendo que: - serviço de menor complexidade deverá facilitar o encaminhamento, quando necessário, ao serviço de maior complexidade; - após cada abordagem de maior complexidade, e de acordo com a sua evolução, o/a usuário/a deverá ser reencaminhado/a à Unidade de Saúde para continuidade do tratamento, para que não haja desvinculação do contexto onde vive, fortalecendo o vínculo anteriormente estabelecido (SES, 2001, p. 6).

Tais considerações se tornam relevantes para este trabalho na medida em que a experiência profissionalizante desenvolvida pela aluna/estagiária, neste espaço institucional, deu-se no processo de contra-referência de um grupo de usuários do CAPS para o serviço de atenção básica em saúde. Tal processo está previsto, como exposto acima, pelo órgão gestor estadual da política de saúde mental, apoiado nos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, está alicerçado nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, no que se refere à defesa de um atendimento em comunidade, regionalizado, para a pessoa com sofrimento psíquico, de modo a respeitar as suas características singulares, visando a um atendimento mais humanizado e promovendo a autonomia e a ampliação da cidadania. O atendimento em saúde mental na atenção básica faz parte da política de saúde mental definida pelo Ministério da Saúde (MS), sendo previsto o atendimento em serviços especializados somente durante o período em que isto se fizer necessário. Para a SES/RS:

A atenção básica é um conjunto de ações de saúde que inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento de doenças. A Saúde Mental na atenção básica inclui as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde com ações de saúde mental, realizadas por médico/a clínico/a, psicólogo/a, enfermeiro/a, assistentes sociais, auxiliar de enfermagem e a estratégia do Programa de Agentes Comunitários – PACS e Programa Saúde da Família – PSF. [...] A unidade de saúde é preferencialmente a referência de entrada no sistema de saúde para o/a usuário/a de saúde mental do município. [...] A inclusão da saúde mental na atenção básica tem sido discutida em diferentes âmbitos, e o Ministério da Saúde promoveu uma Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, em 2001, quando foram construídos princípios e ações de saúde mental no Programa da Saúde da Família. Dentre estas, destaca-se:

[...]

- Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- Construções de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social;
- Mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de auto ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;
- Promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade de cada comunidade;
- Buscar construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros que venham a ser criados pela mobilização social (SES, 2001, p. 13).

No item 3.3 deste trabalho essa discussão a respeito do atendimento em saúde mental, realizado em diferentes níveis de complexidade de acordo com as necessidades de saúde do usuário, será retomada, uma vez que se constitui ponto importante de análise da experiência desenvolvida pela estagiária.

O CAPS é um dispositivo estratégico dentro da política nacional de saúde mental, considerado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2004, p. 9) como “principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica brasileira”. Integra o SUS, sendo regulamentado, juntamente com outros serviços denominados como substitutivos ao hospital psiquiátrico, pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, apresenta um conceito ampliado de saúde, sendo entendida como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É

assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p.382 apud BRAVO, 1996, p.77).

Ou seja, a saúde é algo complexo, que envolve todas as dimensões da vida humana, seja no âmbito social, econômico, profissional, afetivo, habitacional, dentre outros. O conceito de saúde foi ampliado, deixando de ser tema exclusivo de profissionais como médicos e enfermeiros, e passando a contar com a importante atuação de outros diversos profissionais, os quais contribuem, com a sua especificidade, para uma abordagem dos sujeitos em sua totalidade, evitando a fragmentação. Assim, o trabalho no CAPS/HCPA é feito por equipe multidisciplinar (conforme definição constante nos documentos institucionais) composta por assistente social, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, profissional da educação física (recreação), médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, os quais compõem a chamada “equipe fixa” do serviço. Estes profissionais representam para os usuários uma referência, já que têm uma atuação estável na instituição, de longa permanência. Além destes, há estagiários das profissões citadas, bem como médicos residentes, sendo estes últimos substituídos a cada três meses.

Esta abordagem multidisciplinar vem ao encontro do princípio da integralidade das ações, previsto na Lei nº 8.080 que instituiu o SUS, e que tem fundamental importância para a garantia do direito à saúde, juntamente com outros princípios que são a seguir elencados pelo Ministério da Saúde:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de **acesso universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004, p. 13).

O Ministério da Saúde classifica os CAPS em diferentes tipos, de acordo com as especificidades da população atendida, a abrangência populacional e o período e horário de funcionamento. A seguir, quadro comparativo dos tipos de CAPS:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18h De segunda a sexta-feira
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 Funciona das 8 às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24h, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi (criança e adolescente) – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h
CAPSad (álcool e drogas) – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h

Quadro 5 - Tipos de CAPS
Fonte: Brasil (2004, p. 19).

No Hospital de Clínicas funcionam o CAPS II, que é destinado ao atendimento de adultos, e o CAPSi que, como visto no quadro acima, atende crianças e adolescentes. Estes dois CAPS funcionam no mesmo espaço físico, que é separado somente pela sala da enfermagem. As equipes profissionais são distintas, com exceção da profissional do serviço social, que divide suas atividades entre CAPSi e CAPS II. As equipes são assim compostas: Equipe CAPS II (adulto) – 02 enfermeiras; 01 auxiliar de enfermagem; 01 terapeuta ocupacional; 01 recreacionista; 01 psicóloga; 01 assistente social (única para os dois CAPS); 01 recepcionista; 01 funcionária de higienização; médicos residentes em psiquiatria; 02 psiquiatras supervisores. O serviço de nutrição fornece a alimentação. Há também estagiários e voluntários. Equipe CAPSi (criança e adolescente) – semelhante à equipe do adulto, incluindo professora para o programa de apoio pedagógico. A experiência profissionalizante da aluna desenvolveu-se junto ao CAPS II, com adultos, motivo pelo qual será este o foco do presente trabalho.

Os usuários atendidos pelo CAPS II do HCPA são procedentes: das unidades básicas de saúde do município, as quais encaminham os usuários para triagem no CAPS; do ambulatório ou internação psiquiátrica do próprio hospital; além de, em alguns casos, de serviços de saúde de cidades da região metropolitana de Porto Alegre. Em geral, o usuário que já estava em atendimento no Hospital passa pela

triagem da assistente social e/ou enfermeira. Já os usuários provenientes da rede de saúde passam por triagem da equipe médica, do serviço social e da enfermagem.

O público-alvo do serviço é composto por usuários com transtornos psíquicos graves e persistentes, tais como, preponderantemente, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar, depressão, dentre outros. Após a triagem, é discutido pela equipe o plano de atendimento para cada usuário, sendo definido o tipo de cuidado necessário a cada um, podendo ser intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo, variando de frequência diária, de algumas vezes por semana a, até mesmo, uma única vez ao mês.

Por ser uma instituição de educação, que produz conhecimento através da pesquisa, conta com determinado reconhecimento social como instituição que oferece serviços de qualidade, contando com profissionais altamente capacitados e atualizados com relação aos avanços científicos na área da saúde, englobando conhecimentos médicos e de farmacologia. Assim, além dos usuários que são atendidos regularmente pelo CAPS, há aqueles que recebem atendimento somente em consultas mensais, com o objetivo de estabelecer diagnóstico médico e ajustar a medicação utilizada, já que não possuem a indicação para frequentar o serviço regularmente.

Em geral, os usuários já tiveram uma ou mais situações de internação hospitalar. Há uma predominância de usuários de baixa renda. A maioria dos usuários adultos não trabalha e necessita de cuidados constantes de algum familiar ou responsável. Verifica-se no cotidiano institucional que em torno de 99% dos usuários do CAPS não possuem emprego. A partir desta constatação, faz-se uma reflexão a respeito do que isto representa em uma sociedade que coloca os valores econômicos acima de qualquer outro valor, considerando-se uma sociedade que transforma até mesmo pessoas em mercadorias. A pessoa que não trabalha passa a ser vista como descartável ou inválida, ou seja, não é considerada produtiva para a sociedade. Percebe-se a reprodução deste ideário até mesmo na fala dos familiares, que muitas vezes culpabilizam os usuários por não terem trabalho. Assim, usuários e familiares enfrentam em seu cotidiano expressões da questão social, traduzidas pelo preconceito e discriminação deste grupo social.

No CAPS adulto, as atividades estão estruturadas em dois planos de

atendimento⁵ diferentes. O Plano I, para o atendimento nos seis primeiros meses de frequência do usuário (em média), “visa resgatar hábitos de socialização, autocuidado, conhecimento sobre a doença e desenvolvimento de habilidades cognitivas” (HCPA, 2006a, p. 6). O Plano II oferece treinamento profissionalizante. Estes planos compreendem as seguintes atividades:

* Plano I: programa de reabilitação psicossocial – núcleo de psicoeducação; núcleo de treinamento cognitivo-comportamental; núcleo de auto-cuidado (grupo de cuidados pessoais; oficina de culinária; atividade de vida diária; grupo de treinamento em medicação e doença; atividade do passeio; grupo operativo; alongamento; assembléia) núcleo terapêutico (grupo de atividade pedagógica; grupo de pacientes; acompanhamento psiquiátrico individual; grupo de familiares; roda de conversa; grupo de acolhida; grupo psicodinâmico; jornal CAPS; oficina de pintura e atividades plásticas; oficina de psicodrama; oficina de pintura e desenho; oficina de exercício da cidadania e leitura de notícias de jornais).

* Plano II: núcleo de preparação para o trabalho e convívio social (oficina de geração de renda; oficina de informática; recursos da comunidade; esporte cidadão; oficina reciclando papéis).

Há que se destacar aqui o número insuficiente de CAPS organizados na cidade de Porto Alegre. Segundo informações do Portal da Prefeitura de Porto Alegre na Internet (HCPA, 2008), incluindo o CAPS II do Hospital de Clínicas, há quatro serviços deste tipo em funcionamento na cidade (CAPS HCPA, Cais Mental Centro, Cais Mental Cruzeiro, CAPS II Grupo Hospitalar Conceição). Além disso, não há uma delimitação rígida do território a ser atendido por cada serviço, contrariando o princípio do SUS de *territorialidade*. Ou seja, o CAPS/HCPA atende usuários de todas as regiões da cidade e também de localidades da região metropolitana de Porto Alegre. Isto compromete a qualidade do serviço prestado, já que não é possível estabelecer uma relação de proximidade com os componentes da rede de atenção à saúde mental, devido à amplitude do território que o CAPS/HCPA abrange na prática.

Em virtude de não haver uma regionalização, a orientação do Ministério da Saúde com relação ao papel dos CAPS – o de organizador da rede de serviços de saúde mental - se torna de concretização praticamente inviável:

⁵ Planos de atendimento ao usuário elaborados pela equipe multidisciplinar do CAPS/HCPA.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. [...] Os CAPS têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território. [...] Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território (BRASIL, 2004, p. 13).

Assim, há uma discrepância entre o que recomenda o MS e o que se verifica na prática. Há interesses distintos entre as instituições, de diferentes esferas de poder, o que acaba por prejudicar, em última instância, a população que necessita do serviço. Não há como se definir uma área de abrangência, ou uma população determinada a ser atendida, já que esta é muito ampla, o que seria um ponto de partida para o planejamento de estratégias para articulação da rede de serviços.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS/HCPA

O trabalho no CAPS/HCPA é desenvolvido por equipe multiprofissional, conforme exposto anteriormente. A proposta é que cada profissional possa participar ativamente, em algum momento e resguardadas as especificidades de cada profissão, das atividades do serviço, especialmente das atividades com os usuários. Há um entendimento entre a equipe de que cada profissional tem uma contribuição a dar a partir de sua inserção naquele ambiente de trabalho, contribuição esta que pode se efetivar, dentre outros modos, na convivência cotidiana com os usuários. Isto fica bem explicitado na forma de divisão das salas do serviço: nenhum profissional tem um espaço próprio, reservado somente para desenvolver as suas atividades específicas⁶. Ou seja, o lugar dos profissionais é preferencialmente o ambiente comum a usuários e funcionários do CAPS.

Os profissionais circulam entre os espaços, utilizando salas diferentes à medida que realizam atividades diferentes, ou seja, salas menores para atendimentos individuais, maiores para abordagens grupais, e até mesmo o espaço ao ar livre para atividades de recreação e esportivas, por exemplo. No caso do Serviço Social, estas atividades podem ser, por exemplo: entrevistas individuais e/ou com membros de uma família; grupos com usuários; reuniões com familiares;

⁶ O Serviço Social geralmente faz seus atendimentos individuais em uma mesma sala, a qual comporta um arquivo com a documentação elaborada pela assistente social relativa aos usuários.

reuniões com profissionais de outros serviços; reuniões com a equipe etc.

Com relação à atuação do assistente social em equipes multidisciplinares, especialmente no trabalho desenvolvido em hospitais-escola, Martinelli (2002) aponta a questão de que as profissões que trabalham com a realidade humano-social necessitam ser dinâmicas, mudando sempre que se transformam as suas condições históricas. Traz também a complexidade de se trabalhar multidisciplinarmente, realidade fundamental na área da saúde. Fala da diversidade de demandas colocadas aos profissionais da área, e que o assistente social está intensamente presente no cotidiano dos hospitais. Também fala da importância do desenvolvimento de pesquisa e da produção de conhecimento, que é fato bem marcante no espaço do hospital-escola, sendo indispensável a atuação do profissional no sentido de buscar capacitar-se.

Neste contexto, verifica-se a importância do assistente social na equipe, pois possui a capacidade de estar sempre buscando compreender e explicar a realidade, que é dinâmica e constantemente necessita ser analisada. Também contribui a sua preocupação em enxergar a totalidade dos fenômenos, não aceitando avaliações parciais e desconexas. O profissional do Serviço Social é elemento-chave dentro do grupo de profissionais, uma vez que contribui para apontar aspectos importantes que interferem na saúde, tais como “aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença” além de buscar “estratégias para o enfrentamento destas questões” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 212).

O Serviço Social no CAPS tem a responsabilidade de atuar: 1) no CAPS II (adultos); 2) no CAPSi (criança e adolescente); 3) na unidade de internação psiquiátrica do Hospital. Existe, atualmente, uma única profissional para desempenhar estas atividades, o que gera uma demanda muito grande a ser atendida por esta profissional. São realizadas, semanalmente, reuniões de equipe em cada um destes serviços, para discutir as questões pertinentes à organização dos mesmos bem como relativas aos usuários. Outras reuniões, entrevistas, grupos, com os usuários ou com os familiares, de cada um dos serviços citados, são realizados diariamente e compõem o dia-a-dia da assistente social. Além disso, são realizadas também atividades fora do espaço do CAPS, como visitas domiciliares e institucionais.

Outras atividades também são desenvolvidas pelo Serviço Social, especialmente envolvendo contatos (via telefone ou pessoalmente) com

profissionais de outras instituições que fazem parte da rede de saúde mental, tais como: residenciais terapêuticos, escolas, instituições de atendimento a usuário de drogas, prefeituras, hospitais, unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, Ministério Público, Previdência Social, dentre outras. Além destes, muitos outros contatos são feitos, quer sejam com outros setores do Hospital de Clínicas, quer sejam com outras instituições diversas, especialmente via telefone. A utilização deste equipamento é tão importante para este profissional que motivou a instalação de um ramal na sala habitualmente utilizada pelo Serviço Social, sendo a única sala, além da secretaria e da principal sala de uso comum, a possuir telefone.

Neste trabalho será privilegiada a descrição e análise da atuação do Serviço Social junto ao CAPS II (adulto), já que a experiência profissionalizante da aluna-estagiária se deu neste espaço. No início do período de estágio, a aluna desempenhou algumas atividades junto ao CAPSi, porém, optou por desenvolver seu projeto de intervenção junto ao CAPS II. Com relação à internação psiquiátrica, a estagiária realizou alguns acompanhamentos neste serviço; entretanto, este não foi o foco da experiência desenvolvida pela aluna, motivo pelo qual não se irá discorrer no presente trabalho sobre a atuação do Serviço Social nestes espaços.

O trabalho do assistente social no CAPS/HCPA está diretamente relacionado à compreensão do usuário não isoladamente, mas como alguém que faz parte de uma família e/ou uma comunidade. No trabalho com a saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, não há como pensar um atendimento que não envolva as famílias. O movimento de desinstitucionalização remete, dentre outras coisas, a pessoa com sofrimento psíquico de volta ao convívio familiar e comunitário. Assim sendo, a família precisa ser alvo de uma atenção especial das políticas de saúde mental. Deste modo, o Serviço Social realiza ações junto a estes personagens, como reuniões de pais e grupos multifamiliares. Presenciam-se, cotidianamente, relatos de mães e pais afirmando a importância de um atendimento que envolva a presença deles. Na maioria das vezes, o familiar sofre profundamente com a existência de doença mental em um membro da família. Assim, torna-se fundamental uma intervenção que envolva toda a família, e não só o usuário do serviço.

O papel da família para a política de saúde mental pode ser analisado por dois aspectos: de um lado, a família na perspectiva de “cuidador” da pessoa com transtorno psíquico, e que também necessita de atenção tendo em vista ser este um trabalho, na maioria das vezes, desgastante; de outro, a família como possível

“causador”, em parte, da doença mental, posição assumida na década de 60, na Inglaterra, pelos adeptos da Antipsiquiatria. A Lei nº 10.216/01, que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, traz, em seu artigo 3º, a importância da participação da sociedade e da família nas ações que envolvem saúde mental:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Ou seja, fica reconhecido o papel fundamental da família para que a política possa ser realizada. Neste enfoque, a família torna-se alvo de um trabalho que tenha por objetivo o seu fortalecimento e qualificação para melhor exercer sua função de apoiador para a pessoa com sofrimento psíquico. Também será importante a sua participação política, atuando como militante pelos direitos deste familiar, sendo agente que luta pela transformação da cultura vigente na sociedade de discriminação da pessoa com doença mental. Uma interessante experiência nesta área pode ser verificada em São Paulo, através de um Grupo de Familiares, surgido da parceria entre o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira (CAPS) e a Associação Franco Basaglia, ONG que reúne usuários, familiares e profissionais da saúde mental. Melman relata que neste espaço foi possível valorizar o papel do familiar como protagonista de ações transformadoras (MELMAN, 2001).

Por outro lado, a família pode ser entendida também como responsável pela origem de psicoses, segundo o Movimento da Antipsiquiatria, nascida na Inglaterra na década de 60. Trabalhos nesta área foram feitos, tendo grande repercussão, os quais traziam uma importante crítica às famílias, colocando como “culpa” das mesmas a existência da doença, como se fossem incapazes de promover o desenvolvimento dos membros mais frágeis. Teorias como estas intensificaram a presença de sentimentos de culpa nos familiares, agravando o sofrimento de seus membros (MELMAN, 2001). Esta posição, ao mesmo tempo em que é causadora de aumento do sofrimento dos familiares, é, por outro lado, importante, pois denuncia a “situação de abandono e exclusão social a que estão submetidos os doentes

mentais”. Esta compreensão também remete a um questionamento sobre a influência da sociedade, que é “doente e alienante”, sobre as pessoas (MELMAN, p. 68, 2001).

Diante das considerações acima, comprova-se a centralidade da família no atendimento de saúde mental. Verifica-se a necessidade de promover as famílias, fornecendo a elas um suporte para que possam acolher o familiar com doença mental. Também, por outro lado, deve-se identificar na família uma possibilidade de transformação da sociedade, através de sua ativa participação nas políticas públicas. Acima de tudo, deve-se cuidar para que a família não seja simplesmente culpabilizada pelas situações adversas em que possa se encontrar. Para Fernandes:

No processo de aproximação contínua com o modo como as pessoas organizam e vivem suas vidas é importante a desconstituição de determinados conceitos e preconceitos, especialmente no que dizem respeito ao conceito de família. Não é possível que se possa admitir que a família seja declarada como incompetente e seus membros adultos sejam desqualificados culturalmente. Um preconceito muito comum e com alto grau de eco nas diversas camadas sociais é o que remete ao conceito de família a expressão dicotômica organizada/não-organizada. [...] Por trás deste conceito há uma visão normativa que culpabiliza o sujeito, deposita nele a patologia social (FERNANDES, 2006, p. 141).

O Serviço Social brasileiro, historicamente, teve na área da saúde um importante campo de trabalho. Segundo Bravo e Matos (2006, p. 198), desde meados da década de 40 este setor passou a ser o “que mais vem absorvendo os assistentes sociais”. Os autores citados fazem uma análise da relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e a Reforma Sanitária, motivo pelo qual serão utilizados como referência a seguir para uma reflexão a respeito dos desafios da atuação do assistente social na área da saúde.

Na década de 80, tanto o Serviço Social como a política de saúde do país passavam por um momento de transformações, a partir da mobilização política: tratava-se do processo de revisão do Serviço Social Tradicional, com aprofundamento no referencial marxista, e do importante movimento de Reforma Sanitária, que teve como auge a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual impulsionou o fortalecimento do setor público em detrimento do privado. Identifica-se, na teoria, uma relação de proximidade entre a movimentação política do Serviço Social na época e o Movimento de Reforma Sanitária, no que se refere aos mesmos princípios defendidos, tais como: democratização de acesso a direitos sociais,

universalidade das ações, controle social etc. No entanto, com o avanço do projeto neoliberal, já na década de 90, cresce a influência do que os autores chamam de “projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista” (BRAVO; MATOS, 2007. P, 205). Assim, colocam-se em disputa dois projetos distintos: o da Reforma Sanitária e o privatista. Ao assistente social que atua na área da saúde fica o desafio de defender o primeiro, trabalhando com as seguintes questões:

Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2007, p. 206).

Verifica-se que o Serviço Social no CAPS/HCPA atua na direção proposta pelos autores, buscando interagir com outras instituições, apoiando-se em um trabalho interdisciplinar, apostando na abordagem grupal como estratégia para estimular a participação e a democratização de informações. É no espaço de reuniões e grupos que os familiares e usuários podem dividir as experiências e, através da escuta de cada um, podem, identificando semelhanças, sair fortalecidos. Também há uma atuação importante do Serviço Social junto à Associação Rio-grandense de Apoio ao Paciente Psicossocial (ARAPS), associação de familiares dos usuários do CAPS. Este pode ser traduzido pelo incentivo e apoio à mesma, com o objetivo de que haja o fortalecimento da associação como espaço coletivo de mobilização em favor dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Outra reflexão importante que se faz necessária é quanto ao objeto da profissão, uma vez que em um trabalho em equipe multidisciplinar corre-se o risco de que as especificidades de cada profissão acabem sendo confundidas, caso não haja uma clareza quanto ao objeto de intervenção de cada uma delas. O Serviço Social na área da saúde tem como referência, para Vasconcelos (2007, p. 242): “a saúde como direito universal e com controle social e o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro”. Há o desafio de superar as demandas explícitas⁷ e identificar as demandas implícitas⁸, a fim de encontrar nestas últimas as demandas

⁷ Relativas aos “interesses e necessidades imediatas dos usuários a serviços e recursos, relacionados à busca por apoio, respeito, consideração, auto-estima, como um fim em si mesmo” (VASCONCELOS, 2007, p. 251).

⁸ Demandas que devem ser identificadas a partir das competências profissionais do assistente social, “demandas que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, ou seja, as demandas por educação em saúde, prevenção, participação do controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social etc. [...] Demandas que, contidas nas solicitações dos

específicas do Serviço Social, as quais não são individuais, isoladas, e sim coletivas. Para Vasconcelos (2007, p. 253, grifo da autora):

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a *apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica* que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação *de unidade entre teoria e prática*.

O assistente social que desempenha o seu trabalho junto a um serviço de saúde como o CAPS lida cotidianamente com sujeitos que “guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social” (VASCONCELOS, 2007, p. 254), entendendo as múltiplas expressões da questão social como objeto da ação profissional. Deste modo, cabe ao assistente social identificar estas expressões e planejar e executar ações voltadas à garantia de direitos, à ampliação da cidadania e da participação social, à democratização de informações etc., sempre em consonância com o projeto ético-político da profissão. Vasconcelos (2007) destaca como direitos na saúde os a seguir expostos, indicando a direção que o trabalho do assistente social deve tomar na área da saúde, a fim de contribuir para a efetivação dos mesmos:

Direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, à atenção integral à saúde, à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, ao tratamento e à reabilitação, a um atendimento sem preconceitos e de qualidade, a informações a respeito do seu quadro de saúde e de seus familiares, a informações sobre rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde, à participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados, de ser ouvido (escuta individual e coletiva) e de ouvir na consulta médica e demais atendimentos na saúde, de ter acesso ao seu prontuário e exames e de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo (VASCONCELOS, 2007, p. 260).

Diante das questões acima expostas, identifica-se o Serviço Social no CAPS/HCPA como profissão indispensável para uma abordagem junto ao sujeito usuário do serviço de saúde mental. Isto se justifica em razão do profissional desta área ser capacitado para, através do estabelecimento de mediações entre as

usuários, precisam de teoria para serem identificadas” (VASCONCELOS, 2007, p. 251, grifo da autora).

realidades imediata e mediata, favorecer o desenvolvimento de processos de participação e de resistência diante das desigualdades. A intervenção profissional, feita à luz do método dialético-histórico, utiliza-se das categorias de análise para fazer uma leitura mais aproximada do real. O conhecimento mais aprofundado da realidade pode proporcionar, identificando os mecanismos que fazem com que determinados grupos sociais sejam estigmatizados ou sofram violação de direitos, por exemplo, a construção em conjunto com os usuários de estratégias de enfrentamento a essas desigualdades.

A seguir, apresentaremos a experiência da prática profissionalizante em Serviço Social desenvolvida pela aluna-estagiária no CAPS II, a qual ocorreu no período de agosto de 2006 a agosto de 2007.

3.3 A EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA PROFISSIONALIZANTE

O projeto de intervenção desenvolvido pela autora, enquanto aluna da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, dentro do espaço institucional do CAPS/HCPA, realizou-se no contexto do processo de contra-referência de um grupo de usuários CAPS, o que implica a sua desvinculação do serviço especializado e a respectiva vinculação ao serviço de atenção básica em saúde correspondente de sua região de residência. O foco do trabalho deu-se em torno da articulação de recursos como estratégia para a garantia do direito à saúde, a partir da perspectiva de um trabalho coletivo. Buscou-se demonstrar o quanto esta articulação é importante para a qualidade do atendimento em saúde mental, devendo ser empenho constante de todos os atores envolvidos já durante o período em que o usuário estiver no serviço, e não somente quando da sua desvinculação, a fim de contribuir para a melhoria das possibilidades de acesso e da qualidade do atendimento em saúde mental.

Destaca-se aqui que o termo *recursos* é utilizado tendo como referência a definição dada pelo Ministério da Saúde, no Manual dos CAPS, ao se referir à rede de saúde mental:

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão

convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

A demanda institucional que foi confiada ao Serviço Social, motivando a elaboração deste projeto de intervenção, foi a necessidade de “preparação” de um grupo de usuários para a “alta”⁹, o que se justificou pelos seguintes motivos: 1) alguns deles encontravam-se por um período significativo “estáveis”¹⁰, ou seja, apresentaram melhoras no seu quadro de saúde desde o ingresso no CAPS, bem como deixaram de necessitar de internações em unidades psiquiátricas (o que era freqüente passou a ser eventual ou até desnecessário); 2) em virtude da superlotação do serviço, decorrente da ausência de contra-referência dos usuários aos serviços de saúde de origem (ou inexistência de “altas” anteriores no serviço), agravada pelo constante ingresso de novos usuários, houve um esgotamento da capacidade da equipe, bem como das instalações físicas, acarretando a perda de qualidade do trabalho desenvolvido.

O Serviço Social contou com a colaboração de duas profissionais residentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), sendo uma enfermeira e uma artista plástica. Posteriormente, uma enfermeira do CAPS integrou-se à equipe inicialmente formada. O projeto foi elaborado pela estagiária de Serviço Social, redimensionando a demanda, buscando efetivar a contra-referência, contemplando a demanda institucional, porém objetivando o desenvolvimento de um processo mais amplo de articulação de recursos a fim de garantir que o direito à saúde fosse assegurado com qualidade.

O referido projeto baseou-se em experiência anterior desenvolvida no CAPS em 2002, por uma assistente social residente do Hospital Psiquiátrico São Pedro, o qual, porém, não teve uma continuidade na instituição. Sendo assim, o projeto ora apresentado teve como objetivo consolidar dentro do CAPS/HCPA um espaço grupal de reflexão e ação voltadas ao processo de contra-referência, garantindo aos usuários e familiares um espaço de expressão de suas vivências singulares, dentro da temática da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Além disso, buscou-se estimular o desenvolvimento de processos de fortalecimento da condição de cidadão da pessoa com sofrimento psíquico, de ampliação da autonomia e valorização das potencialidades dos sujeitos.

⁹ Termo corrente utilizado na instituição para se referir à contra-referência.

¹⁰ Termo utilizado na linguagem médica para definir a situação de ausência de crise psicótica.

Assim, a proposta era trabalhar com dois focos: 1) garantir o atendimento médico dos usuários fora do CAPS, uma vez que seriam contra-referenciados às Unidades Básicas de Saúde de referência (UBS's); 2) buscar, em conjunto com os usuários, espaços de convívio social, conforme os desejos e projetos de cada um, nas áreas de lazer, esporte, cultura, educação etc. Esta preocupação com os dois focos é baseada em um entendimento de que saúde não é meramente a ausência de doenças, mas sim envolve uma série de outros determinantes sociais que são fundamentais para uma vida considerada saudável.

Esta concepção está em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que tira o foco da saúde mental da figura do médico, e passa a entender como fundamental o trabalho de outras diversas profissões e áreas. Também, está de acordo com o princípio da *integralidade das ações* na área da saúde, previsto no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual entende o sujeito usuário na sua integralidade, e não fragmentadamente. Isto pressupõe um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Os objetivos específicos do projeto inicialmente planejados foram os seguintes, conforme projeto de intervenção elaborado pela aluna no segundo semestre de 2006:

1. Estimular os usuários a buscarem espaços de convívio social, lugares onde possam expressar-se e desenvolver suas habilidades, buscando transformar a cultura de exclusão que a sociedade impõe a estes sujeitos;
2. Fornecer subsídios aos familiares, no que se refere ao conhecimento da doença, das possibilidades e limitações da pessoa com transtorno psíquico, a fim de que estes sejam fortalecidos e possam contribuir para a superação da discriminação social;
3. Oportunizar um espaço de diálogo e reflexão entre usuários, familiares e profissionais, buscando, através da informação e mobilização, propiciar um maior engajamento destes sujeitos no processo de controle social¹¹, no que se refere às políticas públicas de saúde do país, com a intenção de pressionar o Estado a ampliar e qualificar o atendimento à saúde mental;
4. Fomentar ações que envolvam a discussão na sociedade em geral, e em

¹¹ Segundo Raichelis (2000, p 64): "Controle Social - Implica acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados".

específico aos grupos diretamente vinculados às famílias em questão, pertencentes a sua rede social, sobre as formas de garantir o direito ao convívio social sem discriminação do sujeito com transtorno psíquico.

Como indicadores de avaliação, os inicialmente propostos foram os a seguir listados:

a) Indicadores de Alcance Social

- Fortalecimento do processo de participação, indicado pela formulação de estratégias de resistência dos usuários e familiares, com relação à garantia do atendimento em saúde mental de qualidade;
- Aumento do nível de consciência crítica de usuários e familiares com relação à realidade social por eles vivenciada, especialmente no que diz respeito às políticas de saúde mental, expressa por uma maior participação nos espaços destinados ao controle social;
- Construção de vínculos entre usuários e familiares com a rede de atendimento, especialmente no que diz respeito às Unidades Básicas de Saúde e a outras organizações da sociedade, nas áreas de lazer, esporte, geração de renda, cultura, dentre outras.

b) Indicadores de Efetividade das Ações Programáticas

- Concretização da contra-referência dos usuários indicados pela equipe, garantindo que os mesmos recebam atendimento qualificado em saúde e que ingressem em outros espaços de convivência;
- Alterações na forma de organização do CAPS, indicadas pela revisão dos procedimentos de rotina;
- Desencadeamento de ações interinstitucionais, envolvendo o CAPS e outras instituições (de lazer, esporte, geração de renda, cultura, entre outras) as quais ofereçam serviços aos usuários que contribuam para a melhoria das condições de saúde dos mesmos.

A metodologia a ser utilizada compreendia: entrevistas individuais com cada usuário, bem como com seus familiares, e realização do respectivo estudo social; encontros grupais quinzenais, com usuários e familiares, com o objetivo de propiciar um espaço de escuta destes sujeitos e construção de estratégias conjuntas para o enfrentamento da nova situação de desvinculação do serviço; reuniões quinzenais entre a equipe responsável pelo projeto, para planejamento e avaliação das atividades; contatos telefônicos com os serviços integrantes da rede de atenção à

saúde mental, com o objetivo de uma maior aproximação entre os serviços de saúde, de modo a construir uma melhor articulação entre os mesmos.

Uma das primeiras atividades do projeto, em setembro de 2006, foi a realização das entrevistas individuais com cada um dos usuários indicados pela equipe para a contra-referência, bem como com um familiar de cada um destes usuários, o qual também era convocado a participar dos encontros do grupo. O objetivo das entrevistas era melhor conhecer as particularidades relativas a cada uma destas famílias, no que se refere ao modo como cada uma delas se organiza para lidar com o fenômeno da doença mental, para poder melhor organizar o trabalho de acordo com as necessidades apresentadas.

Na seqüência, também foi dado início aos encontros grupais quinzenais. O objetivo dos mesmos era discutir questões pertinentes à contra-referência, julgando-se ser fundamental ouvir dos sujeitos quais as suas impressões sobre o assunto, bem como pensar coletivamente em estratégias para a efetivação da mesma em condições propícias, pensando na garantia do atendimento em saúde mental em uma perspectiva ampliada. A estratégia grupal foi empregada por julgarmos ser fundamental oportunizar momentos de interação, de diálogo, de participação. E diálogo compreende o falar e o escutar o que, segundo Zimermam, “exige disposição para relacionar as próprias opiniões com as alheias, admitir o código de valores e a forma diversa de pensamento do outro” (ZIMERMAM, 1993, p. 119). Ou seja, é preciso também dispor-se a reconhecer o outro como um sujeito de possibilidades, bem como a si mesmo, para que haja realmente espaço para transformações e crescimento do grupo como um todo.

Formou-se um grupo, inicialmente, com nove integrantes; após, foram inseridos mais três, totalizando doze. Porém, verificou-se que a inserção de novos integrantes não era positiva para o andamento do grupo, que já havia se constituído. Assim, o número estabilizou-se em sete. No entanto, deve-se levar em consideração que um grupo está sempre em processo. Segundo Lapassade, em uma visão dialética de grupos não é possível falar em “maturidade”:

O grupo, a organização será uma totalização em processo, que jamais é totalização realizada. A dialética dos grupos exclui a idéia de maturidade dos grupos. A própria burocracia é campo de um esforço perpétuo de unificação, que jamais atinge a unidade. A dialética será, portanto, para nós, o movimento sempre inacabado dos grupos (LAPASSADE, 1977, p. 227).

Partindo da perspectiva de análise do Serviço Social, para o qual o trabalho com grupos é importante no sentido de propiciar um processo de reflexão crítica a partir de experiências do cotidiano, destaca-se a importância do grupo enquanto espaço de socialização de experiências similares vividas pelos participantes, especialmente no que se refere ao significado de ser ou de ter uma pessoa com doença mental na família, especialmente neste contexto da reforma psiquiátrica e dos processos de desinstitucionalização. Também, a partir da experiência grupal, verifica-se a possibilidade de questionamento e crítica dos padrões estabelecidos. A partir do momento em que os integrantes percebem que as situações vivenciadas por eles ocorrem também com outros, passa-se a uma etapa de reflexão da realidade de forma mais ampla, saindo do âmbito individual. Para Fernandes:

Para quem quer possibilitar a seu processo de trabalho um espaço de reflexão, debate e participação social, o dispositivo grupal será um significativo instrumental. Trabalhando com grupos as situações individuais são pontos de partida para uma reflexão que possa conduzir a discussão do cotidiano, a percepção, análise e intervenção de sua dimensão coletiva. A conexão entre a vida do indivíduo e seu contexto, muitas vezes, está invisível, submersa em um cotidiano alienado e esgotante (FERNANDES, 2006, p. 145).

Para garantir o atendimento médico fora do CAPS tornou-se necessário realizar contatos com as UBS's de referência de cada usuário, conforme o endereço dos mesmos. No decorrer do processo, identificou-se a necessidade de realizar, também, visitas às mesmas, a fim de verificar a organização do serviço, de modo a analisar a real possibilidade deste vir a atender um usuário com doença mental grave, como esquizofrenia ou transtorno do humor bipolar. Também, o objetivo era estabelecer vínculos com as equipes destas unidades, a fim de garantir um atendimento em rede e, conseqüentemente, um atendimento mais qualificado. A idéia era de aproximar a equipe especialista, a do CAPS, da equipe generalista das UBS's, dando o CAPS um suporte técnico às equipes de atenção básica, conforme manual do Ministério da Saúde:

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de

saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p. 25).

Desta forma, gradualmente, os usuários passariam a ser atendidos nas UBS's de referência e, paralelamente, passariam a buscar espaços sociais que favorecem o exercício da cidadania.

O segundo foco, voltado para a busca por recursos da rede social, foi se configurando no decorrer do processo, conforme as solicitações e desejos dos usuários, manifestadas nos encontro de grupo. Dois deles manifestaram o desejo de voltar a estudar. Foram orientados sobre a possibilidade de ingressarem em um programa de Educação de Jovens Adultos (EJA) que funciona na Rede Metodista de Educação, antigo Instituto Porto Alegre (IPA), organizado por profissionais e estagiários da Terapia Ocupacional (TO), direcionado às pessoas com sofrimento psíquico. Vários contatos telefônicos, visita ao IPA e reuniões foram realizados pela estagiária, em conjunto com estagiária da TO do IPA, a fim de propiciar o acesso dos usuários do CAPS a este projeto.

Diante da trajetória descrita, envolvendo a elaboração e implementação inicial do projeto de intervenção, é possível elencar resultados após 8 meses de trabalho. Com relação à fala dos usuários atendidos pelo CAPS/HCPA e seus familiares, verificou-se que o Hospital de Clínicas – e mais especificamente o CAPS – teve um papel fundamental em suas vidas. Costumavam contar suas histórias de vida familiar dividindo-as em “antes do CAPS” e “depois do CAPS”, destacando o importante papel da instituição, a qual influenciou significativamente na melhoria da qualidade de vida destas famílias.

O projeto previa duas etapas:

- 1) a vinculação ao serviço de saúde da rede de atenção básica e
- 2) a busca de atividades que propiciassem o convívio social da pessoa com sofrimento psíquico, visando a eliminação de estigmas.

A partir da concretização projeto, verificou-se a gradativa construção de vínculos com a rede de atendimento, como previsto nos indicadores de avaliação: Indicadores de Efetividade das Ações Programáticas: - construção de vínculos com a rede de atendimento. Isto foi verificado tanto no que diz respeito ao vínculo estabelecido com as UBS's, através de contatos telefônicos e visitas (especialmente com o coordenador e médico responsável pelo atendimento), quanto no que se

refere aos demais serviços da rede social, como serviços públicos, no caso a Secretaria Municipal de Saúde, ou privados, como o IPA.

O processo de visitas ocorreu de forma satisfatória, tendo uma boa aceitação por parte das equipes da rede básica. Em geral, receberam¹² a equipe do CAPS de forma acolhedora em suas unidades de trabalho e dispensaram importante atenção a este novo usuário a ser atendido – um “paciente”¹³ com doença mental grave - proveniente de um serviço especializado de saúde mental. Destaca-se aqui a importância da habilidade de negociação da estagiária e dos profissionais do grupo com as equipes, no sentido de garantir um atendimento de qualidade.

Um aspecto importante envolvido neste processo foi a busca por um trabalho em rede, entre instituições, mais especificamente entre pessoas de diferentes instituições. É necessário um elo entre as políticas para que sejam mais efetivas:

Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços (BRASIL, 2007, p. 11).

Delgado também afirma a importância de um trabalho intersectorial, na área da saúde mental. Ele coloca como um desafio esta construção de um trabalho em rede. Entretanto, entende que para que haja saúde mental deve haver articulação com outras políticas públicas:

Não existe saúde mental sem todas as outras áreas de políticas públicas. [...] A saúde mental é intersectorial. Tem a ver com justiça, com a assistência social, com a segurança pública, tem a ver com todas as coisas que fazem a vida um pouco mais suave a cada dia, ou então impossível de ser vivida. A saúde mental não é um campo técnico apenas. Portanto, temos que pensar os nossos temas e temos que dar resposta à questão da violência, temos que estar presentes nesse cotidiano de construção da cidadania e temos que resolver o nosso dever de casa fundamental, que é tirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos (DELGADO, 2001, p. 7)

Dentro da experiência neste trabalho relatada, os próprios usuários do CAPS buscaram atividades que fossem de seu interesse, as quais se situaram na área da

¹² As visitas foram realizadas em duplas alternadas entre: a estagiária, as residentes do HPSP e a enfermeira do CAPS. Em janeiro de 2006, as residentes concluíram o seu período de atuação no CAPS e, portanto, deixaram o projeto.

¹³ Termo utilizado correntemente no CAPS e nas UBS's para se referir aos usuários.

educação, esporte e lazer, cultura e arte. Também houve um empenho por parte da estagiária em estabelecer contatos com estes setores, seja por telefone ou através de visitas, a fim de aproximar estas políticas com o objetivo de promover a saúde mental.

Após oito meses de trabalho neste projeto, das sete famílias participantes, quatro já estavam mantendo consultas regulares nos postos. Das outras três famílias, duas não estavam em atendimento ainda, porém, por atraso no encaminhamento da documentação médica do usuário para a UBS's. Somente em uma das situações o usuário foi encaminhado ao posto, porém, até aquele momento, não havia conseguido estabelecer uma rotina de consultas mensais.

Diante da verificação de que as famílias passaram a construir vínculos com a rede de atenção básica de saúde, e que, a partir disso, a contra-referência ao serviço de saúde de origem seria realmente efetivada, fizemos um questionamento quanto à concretização ou não de um dos princípios do código de ética profissional do assistente social, referente à garantia de direitos: "Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras" (CFESS, 1999, p. 30).

Inicialmente, chegamos a nos questionar sobre a existência de uma contradição associada a este processo de contra-referência. Por um lado, o fato de sair do CAPS poderia refletir uma perda de direitos, especialmente se observada a Lei nº 10.216, que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A referida legislação assegura em seu artigo 3º a responsabilidade do estado em desenvolver ações de saúde mental, a qual deve ser prestada em *estabelecimento de saúde mental*. Ora, as UBS's não são propriamente estabelecimentos de saúde mental, e sim unidades de atendimento à comunidade na área da saúde em geral. Analisando a questão sob este aspecto, poderíamos concluir que os usuários estariam perdendo o direito de acessar um serviço especialmente organizado para atendimento em saúde mental, o que decorre da retração do Estado em suas responsabilidades, expressa pela diminuição das verbas para políticas sociais, como consequência das reformas neoliberais. Segundo Iamamoto:

A retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos

(IAMAMOTO, 2004, p. 42).

Verificou-se na fala dos familiares, durante os encontros do grupo, frases como: “Demoramos tanto para conseguir o CAPS e agora perdemos”; “O X está muito bem. Desde que veio para o CAPS não internou mais. Em time que está ganhando não se mexe”; “A gente que mora com eles é que sabe como é. Não tem condições!”. Estas falas ilustram o sentimento de perda, o temor de que, a partir da contra-referência para a unidade básica, os usuários passariam a ficar desatendidos.

No entanto, a partir de pesquisa bibliográfica sobre o tema, pudemos verificar que existem estudos comprovando a importância da realização de cuidados próprios à saúde mental na atenção básica. Faz parte inclusive das orientações do MS a inclusão de ações de promoção da saúde mental na atenção básica. Para Pinto:

A importância das ações de Saúde Mental na Atenção Básica foi evidenciada: na descoberta de grande faixa de desassistência, fora do conhecimento dos dispositivos de Saúde Mental; na possibilidade de romper a dicotomia mente/corpo; no questionamento da exclusão da loucura; na adoção, pelas Equipes na Atenção Básica, de práticas individuais e grupais que dêem resposta à demanda motivada por sofrimento mental, que aparece na Atenção Básica em número elevado; na ajuda às Equipes da Atenção Básica para trabalhar seus problemas institucionais e seus sentimentos despertados pelo contato com a realidade das pessoas e comunidades; para inserir ações de cunho comunitário e participativo nas práticas diárias (PINTO, 2004, p. 6).

Analisando por este ângulo, pode-se constatar que os usuários, ao passarem a ser atendidos nas UBS's podem ter, ainda assim, garantidos direitos, conforme princípio da ética profissional. Entretanto, para que seja garantido o acesso a serviços de qualidade, é fundamental que haja investimento do poder público no sentido de capacitação dos profissionais envolvidos e também melhoria da estrutura de atendimento da rede de atenção básica.

A fim de dar visibilidade dos sujeitos do grupo, apresentamos abaixo quadros ilustrativos a respeito dos usuários participantes do grupo e a sua respectiva situação no que diz respeito à participação no grupo, à vinculação à UBS, e aos interesses manifestados relativos à participação na rede social, com nomes fictícios para preservar a identidade do usuário:

Usuário	Idade	Situação
Ana	33	Participou ativamente do grupo, com o marido. Manifestou interesse em trabalhar com surdos. UBS S.
Carmem	33	Participou do grupo regularmente, com o pai. Família em acompanhamento individual com Serviço Social. Pai reside sozinho com Carmem, com muitos conflitos. Manifestou interesse de voltar a estudar. PSF B.
Antônio	34	Participou do grupo regularmente, com a mãe e em um dos encontros, a irmã; muita dificuldade para aceitar a saída do CAPS, sempre falando na questão dos vínculos criados. Depressão, com idéias de suicídio. Buscou atividades oferecidas pela Prefeitura voltadas às artes plásticas. Centro de Saúde.
Leandro	30	Participou ativamente do grupo com a mãe. A mãe atua na associação de familiares. Interesse em voltar a estudar. UBS S.
Vítor	26	Participou ativamente do grupo com o pai. O pai foi eleito o novo tesoureiro da associação de familiares. Usuário confecciona e comercializa velas artesanais, tendo aprendido a técnica no CAPS. UBS V.
Eduardo	43	Freqüentou regularmente o grupo, com a mãe; após o falecimento do pai teve uma piora no estado de saúde. Usuário não tinha freqüência regular ao CAPS, somente consultas mensais. Residente em município da região metropolitana de Porto Alegre.
Álvaro	22	Ingressou por último no grupo. Compareceu a alguns encontros, ora com a mãe, ora com a tia (que reside junto). UBS M. Usuário abandonou o CAPS, sem dar seqüência à participação no grupo.
Luis	41	Freqüentou por um período o grupo, com a mãe; por uso de álcool em excesso necessitou ser internado. Contra-referência reavaliada pela equipe do CAPS, sendo suspensa naquela ocasião.
Dinorá	45	Não aderiu ao grupo, não participando de nenhum encontro. Não aceitou a "alta". Foi revista pela equipe. Mantida no CAPS, com o comprometimento de freqüentar regularmente, o que não vinha sendo feito.
Júlia	45	Não aderiu ao grupo, não vindo em nenhum encontro. Necessitou ser internada. Contra-referência revista pela equipe e suspensa.
Milton		Não chegou a comparecer à entrevista. Contra-referência revista pela equipe e suspensa.
Neri		Não chegou a comparecer à entrevista. Contra-referência revista pela equipe e suspensa.

Quadro 6 – Caracterização dos usuários participantes do grupo.

Fonte: sistematização feita pela aluna-estagiária (2008).

Verificou-se que entre o grupo dos sete usuários que permaneceram até o fim criou-se um bom entrosamento e comprometimento. Usuários e familiares vinham regularmente, trazendo suas angústias, questionamentos e também alegrias. Em muitas oportunidades, pudemos conversar sobre a forma de organização da política de saúde mental em Porto Alegre, esclarecendo dúvidas e motivando a participação de usuários e familiares nos espaços de controle social, como os Conselhos e Conferências Municipais de Saúde. Foi recorrente a idéia de que são necessários mais CAPS na cidade.

Um dos impactos do projeto ora relatado pôde ser verificado na organização do trabalho dentro da instituição. Diante da resistência inicial das famílias à “alta”, a equipe fez uma autocrítica quanto ao processo de trabalho com os usuários, percebendo que em nenhum momento, nem no ingresso do usuário na instituição, nem no decorrer de sua permanência em “tratamento”, foi discutida a questão da “alta”. Ou seja, o usuário não foi orientado sobre a sua futura saída do CAPS. Diante disso, passou-se a adotar uma nova postura pela enfermagem nas entrevistas iniciais de triagem. Desde o ingresso do usuário no serviço este passou a ficar ciente de que o atendimento neste não tem caráter permanente, devendo durar enquanto houver necessidade.

Deve-se buscar continuamente um olhar “para fora” da instituição, ou seja, é necessário trabalhar questões que digam respeito não somente ao viés médico, e sim também colocar em pauta para discussão com os usuários questões como o preconceito que sofrem, a exclusão, a falta de oportunidades, bem como a postura de cada um diante desta realidade adversa. Segundo Fernandes (2003, p. 6): “A possibilidade de convívio com a diversidade é o caminho possível para desmistificar a estranheza sugerida no afastamento de tudo aquilo que foge ao pseudocontrole da razão”. Sendo assim, torna-se fundamental, dentro da proposta da reforma psiquiátrica, que se planejem e executem estratégias efetivas de uma real participação da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade. Há que se pensar em formas de convívio que possam desmontar atitudes preconceituosas e excludentes, formas estas que extravasem os muros institucionais.

Com relação às visitas às UBS'S, fizeram-se as seguintes observações: movimento de pequeno a moderado, espaço organizado e limpo, sem filas ou esperas prolongadas, ou seja, um funcionamento satisfatório. Contrapondo-se a estas impressões está o que é muitas vezes destacado na mídia: postos superlotados, longo tempo de espera para atendimento, instalações sucateadas, ou seja, atendimento precário. Surge então um questionamento: a quem interessa a difusão de uma visão de SUS como um sistema “falido”, desprovido de recursos ou mal gerido? Segundo Cohn, há desafios para a implementação do SUS, como os interesses contrários do setor privado, que propagam a idéia de sucateamento e desaparecimento do sistema público de saúde como argumento para sustentar a defesa da “iniciativa privada” (COHN, 2005).

Com relação ao trabalho de articulação com o projeto do EJA/IPA, constata-se

um resultado bastante positivo, já que conseguiu atender a uma expectativa dos próprios usuários. Entretanto, um importante limite foi percebido com relação à possibilidade dos usuários virem a participar de alguma atividade, o qual diz respeito ao medo de serem discriminados, como se percebe na fala de C., em relato de diário de campo da aluna (2006):

Ficamos sensibilizados com a fala de C., quando, ao saber que iria estudar em um local que atende somente pessoas com transtornos psíquicos, e que receberia um atendimento mais personalizado, ela sorriu e disse: “Com RESPEITO, né?!”. Para nós, esta fala refletiu bem a situação de exclusão que faz parte do dia-a-dia desta usuária, e de outros tantos que passam por situações parecidas. Toda uma vida de “des-RESPEITOS”, de negações, marca profundamente cada um destes, e os faz temer as situações de convívio social:

Os pressupostos generalistas consideram todas as pessoas, em sofrimento psíquico, como se estivessem em permanente situação de risco para si mesmas e para a sociedade. Dessa maneira, apenas contribuem para a construção de uma imagem negativa e não condizente com a realidade. Na realidade, o que de fato acontece na vida diária de pessoas na condição da doença mental, é em geral, um cotidiano de estigma, marginalização, ausência de variados recursos e o não acesso à maioria dos dispositivos sociais colocados para os “ditos normais” (FERNANDES, 2003, p. 4).

De fato, no cotidiano, a pessoa com transtorno psíquico fica estigmatizada e marginalizada, não sendo aceita em suas diferenças, não tendo a sua condição de cidadão respeitada.

Outro usuário, por sua iniciativa, buscou a realização de curso de desenho no Atelier Livre da Prefeitura Municipal de Porto Alegre; outro confecciona velas artesanais em casa e busca espaços para venda; outra tem o desejo de aprender e ensinar a Língua Brasileira dos Sinais (LIBRAS) e foi encaminhada a escolas para aprendizagem, estando buscando possibilidades de efetivamente aprender e, possivelmente, ensinar a mesma; outra família foi encaminhada para atendimento psicológico, em terapia de família.

Estes exemplos ilustram um impacto de alcance social do projeto, que, segundo Martinelli (1994), diz respeito ao impacto do projeto junto aos usuários. Verifica-se no projeto o seguinte indicador: - fortalecimento do processo de participação, indicado pela formulação de estratégias de resistência dos usuários e familiares. Constata-se que tal resultado foi atingido parcialmente, a partir da

constatação de que houve um aumento no nível de participação dos usuários, expresso pela elaboração de estratégias de inserção em atividades da rede, conforme os exemplos citados.

Por parte da aluna-estagiária, no que se refere à preocupação em articular os recursos da rede a fim de garantir o direito à saúde mental dos usuários, verificado a partir da possibilidade de participação dos mesmos nos espaços sociais por eles eleitos, foram estabelecidos contatos com a Secretaria Municipal de Cultura, através do projeto de “Descentralização”, o qual oferece inúmeras oficinas realizadas em cada região da cidade, divididas em: artes plásticas, capoeira, dança, foto-cine-vídeo, hip-hop, literatura, música e teatro. Estes contatos foram bem sucedidos, já que a instituição mostrou-se favorável ao planejamento de estratégias conjuntas para o atendimento da pessoa com sofrimento psíquico dentro da política de democratização e acesso à cultura na cidade. Percebe-se aí um impacto do projeto relativo à efetividade das ações, a qual é definida por Martinelli (1994): “efetividade das ações programáticas: - desencadeamento de ações interinstitucionais” (MARTINELLI, 1994, p. 140).

Com relação ao desenvolvimento do trabalho em grupo, durante os encontros, especialmente nos iniciais, houve muita resistência dos familiares com relação à alta, e também de alguns usuários, como se percebe nas falas, extraídas de relatórios descritivos processuais da aluna (2006 e 2007):

Familiar G: *É, na realidade foi falado que eles vão ter alta. Querem devolver para a gente, mas não tem condições! Eu já falei isto aqui... Não dá, a C não dá! [...] Mas então eles voltarão para os postos? [...] Pois é, não tem condições, o familiar é que sabe como é difícil. Eu queria saber quem que determinou isto, sobre a alta?*

Usuário L: *Eu vim aqui porque a Aline me convidou, ela falou comigo, me explicou. Antes eu vinha quarta e sexta, depois eu comecei a vir só sexta. Aí eu senti, eu não queria. Porque aqui no CAPS a gente tem amigos, a gente convive. Mas depois eu fui me acostumando... Eu acho que é por isso que vocês estão fazendo este grupo, para a gente ir se acostumando aos poucos... [...] Eu estou bem, mas eu não queria perder o vínculo, os amigos...*

Familiar Ge: *Eu tenho dúvida com relação a este atendimento nos postos. Eu tenho medo que, por exemplo, eles resolvam mudar a medicação, substituir por outra caso esteja em falta. E aí como é que fica? Sem um acompanhamento...*

Porém, depois de transcorridos alguns encontros, em um período de dois ou três meses, e em decorrência dos contatos realizados com a rede de apoio, foi possível verificar uma nova postura dos familiares diante da alta, como revelam estas outras falas:

Familiar G: *É, agora melhorou, porque no início a gente ficou assustado. Foi colocado que iriam ser encaminhados para os postos, e só! Mas depois falaram sobre o EJA, e outras coisas, né?*

Familiar Ge: *O L. está fazendo o EJA no IPA e está adorando! Não perde nenhuma aula! Hoje mesmo, tinha a reunião aqui e ele disse que não ia poder vir por causa da aula. E em casa ele está bem, também, tranqüilo.*

Sobre a utilização do espaço grupal como estratégia de fortalecimento do coletivo para o enfrentamento das desigualdades vivenciadas, pudemos perceber que de fato houve este fortalecimento. O grupo estabeleceu uma atmosfera de cumplicidade entre os participantes, de acolhida e respeito à fala de cada um, bem como demonstrou empenho coletivo na proposição de alternativas às questões que, embora apresentadas como individuais, refletiam situações vivenciadas pelo coletivo. Isto ficou evidente em uma situação na qual um usuário (A.) revelou o seu sentimento de tristeza por sentir-se diferente, discriminado, já que apresenta freqüentemente tiques¹⁴, o que estava levando-o a pensar em desistir da atividade que havia começado a participar fora do CAPS. Ao expor isto ao grupo, imediatamente recebeu palavras de apoio e estímulo de outros usuários e familiares, os quais o incentivaram a prosseguir realizando a atividade artística que fazia, mesmo com a discriminação enfrentada. Percebe-se que, tanto familiares como “pacientes”, procuraram expor as suas vivências relativas a situações de

¹⁴ Conforme Ferreira (2004, p. 699): “Tique sm. Psiq. Movimento involuntário e compulsivo que ocorre, geralmente, na face ou no(s) ombro(s), e que pode ter origem psicológica ou neurológica”.

discriminação. Ocorreu um processo de identificação e de construção coletiva de estratégias de enfrentamento a esta expressão da questão social, que se refere ao preconceito e à não aceitação das diferenças.

A situação trazida por A. reflete a realidade: em um projeto que faz parte da política pública, em âmbito municipal, relativa à cultura, verifica-se que não há uma preocupação em garantir que todas as pessoas possam participar, sem discriminação. E isto reflete uma realidade da sociedade em geral, na qual a garantia de igualdade e respeito entre os cidadãos ainda está longe de ser concretizada. A. começou a sentir-se diferente, pois era “olhado” pelos outros como diferente. Porém, era cobrado pela professora como “igual”. Ou seja, ela mencionou que esperava dele uma “produção”, e como bem pontuou a mãe no espaço grupal, Sra. I., a própria professora poderia estar sendo cobrada por ter produção de seus alunos, já que “a fila é grande” de interessados, e, se um não está aproveitando como esperado, deve ceder lugar a outro. Esta é a lógica do capitalismo, de valer só pelo que se pode produzir. Aparece nesta situação a questão do estigma, que Goffman ilustra:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 1988, p.6)

Assim como A. vivencia no seu dia-a-dia situações que o expõem a uma submissão a classificações alheias, e “enquadramentos” como um “ser diferente”, também outros usuários experienciam as mesmas situações. Por isso a importância do espaço coletivo de discussão de tais temas, propiciando uma reflexão sobre as nossas próprias posturas. A pessoa com sofrimento psíquico é freqüentemente alvo de processos de estigmatização na sociedade, e, na maioria das vezes, não encontra espaços para expressão e reflexão sobre estas formas de violência psicológica, o que acaba por ocasionar um retraimento social e um desinteresse por qualquer atividade, como no caso deste usuário.

Em síntese, os resultados observados a partir da avaliação do projeto de

intervenções desenvolvidas pela aluna podem ser elencadas a seguir:

- Houve um reconhecimento positivo pela equipe quanto à relevância do trabalho desenvolvido, afirmando a importância deste espaço grupal ser consolidado na instituição;

- A enfermagem passou a abordar, já na entrevista inicial de triagem, o tema “alta” dos usuários, propiciando uma melhor preparação de usuários e familiares para este fato;

- Os usuários e familiares passaram a buscar atendimento em suas UBS's de referência. Tal fato veio a contribuir para uma nova postura dos mesmos com relação aos postos, mais aproximada da realidade e menos apoiada no senso comum de que o atendimento em saúde “não funciona”;

- Houve um aumento no nível de autonomia dos usuários, refletido na *busca por* e na *participação em* novos espaços de convívio social.

Como crítica ao trabalho desenvolvido pela estagiária, constata-se a falta de uma maior mobilização de usuários e familiares no sentido de que buscassem os espaços de participação previstos no SUS, como os Conselhos de Saúde. Também, acredita-se que poderia ter sido mais abordada nos encontros a temática “direito à saúde” e as suas implicações sociais.

Como proposições e recomendações, percebemos que o grande desafio que fica colocado é a necessidade de ir, gradativamente, sendo transformada a forma de organização da própria estrutura e equipe do CAPS/HCPA. Há que se pensar em formas de trabalho mais abertas à comunidade, como é a proposta dos CAPS, conforme orientação do Ministério da Saúde. Um dos objetivos dos CAPS é ampliar o nível de autonomia dos usuários. Porém, verifica-se que a prática é bem oposta: cria-se uma relação de dependência destes usuários com o serviço, o que torna o tema “alta” muito temido por usuários e familiares, e difícil de ser compreendido como algo bom (já que comprova que houve uma melhora), mas facilmente entendido como um fato ruim, prejudicial.

A articulação de recursos da rede social, bem como o enfrentamento coletivo das situações de desigualdade, como estratégias para garantia do direito à saúde revelam-se extremamente importantes, especialmente quando se trata da saúde mental, a qual é impregnada por uma história de negações de acesso, de exclusão, de preconceitos, de reclusão. O que precisa ser mudado não é o sujeito que vivencia o sofrimento psíquico, e sim o contexto que o cerca, a sociedade

excludente e normatizadora, a qual impede ou limita as possibilidades diferentes de expressão humana.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho abordou a temática do processo de desligamento de um grupo de usuários do CAPS/HCPA, partindo-se da experiência da autora enquanto estagiária no referido serviço de saúde mental do município de Porto Alegre. Tal experiência teve como foco a articulação de recursos (sejam eles afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos ou de lazer), em abordagem grupal, como estratégia para a garantia de direitos da pessoa com sofrimento psíquico, tendo sido desenvolvida no período de agosto de 2006 a agosto de 2007.

Destaca-se aqui que esta experiência representou o momento culminante da formação profissional da aluna. Todos os conhecimentos acumulados durante a trajetória da formação acadêmica foram potencializados diante da possibilidade de intervenção na realidade concreta. Salienta-se que a aluna desempenhou o Estágio Curricular I (2006/01) em outro espaço institucional, a saber: o setor de Serviço Social do Foro da Comarca de Canoas, mais especificamente nas Varas de Família. Durante um semestre a aluna esteve vinculada como estagiária a este campo, optando por não permanecer na mesma instituição no semestre subsequente. Realizou, portanto, os Estágios Curriculares II e III no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Diante de todos os aspectos que foram abordados neste trabalho, torna-se necessário fazer aqui algumas considerações que não se propõem a encerrar o assunto em questão, mas sim pontuar algumas idéias que julgamos importante registrar.

Há que se ter em conta que, antes da reforma psiquiátrica, e portanto antes da existência dos CAPS, os sujeitos com doença mental ficavam: - ou praticamente “presos” em casa; - ou reclusos da mesma forma em hospitais psiquiátricos, sem trocas sociais. Isto porque a sociedade exclui e não sabe lidar com o diferente. A partir da experiência de estágio no CAPS/HCPA verificamos, pelas falas dos sujeitos, que este serviço (somado às novas medicações utilizadas) veio transformar radicalmente a vida dos usuários para melhor. Há a diminuição significativa (ou até mesmo eliminação) da necessidade de internação em unidade psiquiátrica após o ingresso no CAPS. Com o trabalho desempenhado pela equipe os usuários passam a fazer passeios (viagens à praia, serra etc.), visitas (estádios de futebol, feiras,

eventos diversos etc.), participam de grupos de atividades culturais, como por exemplo de coral ou geração de renda, coisas que não faziam parte da vida dos mesmos anteriormente. No entanto, constata-se que todas estas ações dependem do intermédio de profissionais, ficando os mesmos um tanto quanto “tutelados”, ou dependentes de alguém que os “defenda” ou “proteja” nas situações de discriminação. Ou seja, estas atividades só ocorrem enquanto o usuário está em atendimento no CAPS, pois neste espaço ele se sente seguro por ter o profissional ao seu lado.

Assim, quando se pensa em um processo de retorno a uma unidade básica de saúde, quando se pensa no desligamento do CAPS, sem que tenha havido uma mudança na forma da sociedade lidar com a “loucura”, corre-se o risco de estar deixando o sujeito desassistido. Não que se defenda um sistema de “proteção”, de “tutela” ao usuário. Pelo contrário, há que se estimular o desenvolvimento de processos sociais que contribuam para a ampliação da autonomia, bem como que impulsionem mudanças na sociedade que possam contemplar a convivência com a diversidade.

A doença mental caracteriza-se pela instabilidade: o sujeito passa por períodos de “crise” e de “estabilidade”. A “alta” do serviço se justifica pelo fato de o usuário estar em um período de estabilidade, não necessitando de cuidados especializados de média ou alta complexidade. No entanto, a doença mental é algo complexo, não havendo como abordar todos os aspectos que envolvem o tema. Vários fatores podem contribuir para que a pessoa volte a necessitar de um serviço especializado. Contudo, talvez a forma mais importante de evitar que isto aconteça seja a contribuição da comunidade em modificar-se a fim de compreender as características próprias da pessoa com sofrimento psíquico, de modo a não querer “enquadrá-la” em um hipotético padrão de normalidade.

O que pudemos observar, a partir da experiência de estágio no CAPS/HCPA, é que é impossível garantir a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico sem estabelecer um trabalho articulado com uma rede de recursos, sem estar aberto à sociedade, sem que se promovam eventos, palestras etc. que envolvam a comunidade, sem trabalhar na direção da mudança de entendimento a respeito da doença mental. O processo de desvinculação do usuário do serviço só será satisfatório à medida que seja bem trabalhada, no próprio CAPS, esta interligação da política de saúde mental com a comunidade e com os demais setores sociais. A

articulação de recursos, como componente do processo grupal, torna-se uma estratégia para a garantia de direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Uma vez que a lei da reforma psiquiátrica foi aprovada na perspectiva de garantia da cidadania, direitos, autonomia, respeito, dignidade etc., então o CAPS, como dispositivo estratégico desta política, deve trabalhar neste sentido, contribuir efetivamente para isso. A contra-referência para um serviço da atenção básica só pode se dar se houver articulação com as diversas áreas e serviços. Há um inquestionável mérito no trabalho desenvolvido atualmente no CAPS. Os usuários passam a ter um lugar onde se sentem bem acolhidos, cuidados, respeitados, valorizados. Passam até mesmo a realizar atividades que não costumavam fazer em outros lugares, demonstrando possibilidade de autonomia, tais como ajudar nas tarefas diárias do serviço (cuidar da organização da casa e limpeza da louça, por exemplo). Além disso, é comum vê-los em rodas de conversa, divertindo-se, jogando xadrez, futebol ou outros jogos, fazendo novas amizades, realizando passeios em grupo pela cidade etc. No entanto, parece que estas mudanças só se operam dentro dos muros da instituição. Para o senso comum “lugar de louco é no hospício”. Este é o vestígio que ficou de um passado não muito distante; esta é a “marca” (o estigma) que carrega a pessoa com sofrimento psíquico, que é o que necessita ser transformado na sociedade.

Em virtude da amplitude e complexidade do tema, e dentro das limitações que são próprias de um profissional em formação, imagina-se que muitas questões importantes tenham ficado de fora do presente trabalho. No entanto, este representa o processo de formação profissional da aluna, o qual se deu em espaço e período histórico determinados, mas que está em permanente construção e transformação. A cada segundo que passa temos a possibilidade de estabelecer um processo de reflexão e análise diferenciados sobre uma realidade, pois a realidade muda e nós mudamos também, constantemente. Deste modo, concluímos apenas com a certeza de que tivemos uma rica oportunidade de aprendizagem, de desenvolvimento da capacidade de análise crítica e de reflexão teórica. Entretanto, temos a ciência de que este processo não se encerra aqui.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 132 p.

_____, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204 p.

BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber**. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204 p.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. 2ª edição. São Paulo: Veras Editora, 2003. 155 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Homepage institucional. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Governo Federal. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 mai. 2008.

_____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 mar. 2008.

_____. **Lei nº 10.708**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 03 jun. 2008.

_____. Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02: Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília: MS, 2002.

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

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 03 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde**

Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.

Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília, 2004, 86p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética profissional dos assistentes sociais.** Resolução CFESS nº273/93 de 13 de março de 1993. In: Coletâneas de Leis do Conselho Regional de Serviço Social – 10º Região, Porto Alegre, 1999.

COHN, Amélia. **A saúde na previdência social e a seguridade social:** antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A e ELIAS, P. Saúde no Brasil. Políticas e Organizações de Serviços. 6ª edição. São Paulo, Cortez Editora: CEDEC: 2005. 133 p.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível? São Paulo: Cortez Editora, 2004. 198 p.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. Cidadania, **classes populares e doença mental.** In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 288 p.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Reforma psiquiátrica, inclusão social e direitos de cidadania.** In: Boletim 18 de maio. Informativo do Instituto Franco Basaglia (IFB). Ano 8, nº 20, setembro, outubro e novembro de 2001. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/>. Acesso em: 18 jun. 2008.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 166 p.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **Manicômios**: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL et al. Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Dacasa, 1997a. 89 p.

_____. **Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul**: uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica. 1997. 147 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 1997b.

_____. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. 2007. 288 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2007.

FERNANDES, Idília. **Dialética da instrumentalidade**: abordagem grupal e familiar na perspectiva da assistência social. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKI, Beatriz. Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. 151 p.

_____. **A diversidade da condição humana e a deficiência do conhecimento**: no convívio com as diferenças e as singularidades individuais. Revista Virtual Textos & Contextos, Porto Alegre, nº 2, dez. 2003. Disponível em <<http://www.pucrs.br/textos>>. Acesso em: em 05 mai. 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Posigraf, 2004. 817 p.

FLEXA, Rodrigo Arco. **Marcas de insanidade**. Revista Problemas Brasileiros, São Paulo, nº 328, jul./ago. 1998. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br>. Acesso em: 19 mai. 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988. 158 p.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001. 312 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Homepage institucional. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/>. Acesso em 22 jun. 2008.

_____. Centro de Atenção Psicossocial.
Projeto Terapêutico Adulto CAPS II. Porto Alegre, 2006a.

_____. **Balanco Social.** Porto Alegre,
2006b.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2004. 326 p.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo.** In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Desenvolvido pelo Instituto Franco Basaglia. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/>>. Acesso em 02 abr. 2008.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional.** In: Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, V. 1, 2002.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 160 p.

MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKI, Beatriz. **Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. 151 p.

MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Celia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: Mota, Ana Elisabete ET AL. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. Escritório de representação no Brasil. **A saúde no Brasil.** Brasília: OPAS, 1998. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/>. Acesso em 03 jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

OUTHWAITE, William & BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. 970 p.

PINTO, Júlio César Silveira Gomes. **A saúde mental na atenção básica**. 2004. 210 f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Pública)-Universidade Estácio de Sá, Macaé, 2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. Orientações para apresentação de citações em documentos segundo NBR 10520. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/citacoes.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2008.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. Modelo de Referências Elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/modelo.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2008.

PUEL, Elísia; BRUM, Mara Cristina F Moreira; MAY, Marta Philippi. **A doença mental transpondo fronteiras hospitalares**: conceitos diversos sobre hospital, loucura, mundo e cidadania. In: PUEL et al. Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 89 p.

RAICHELIS, Raquel. **Organização e gestão das políticas sociais no Brasil**: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: CFESS. ABEPSS. CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 288 p.

ROTELLI, Franco. **Superando o manicômio**: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204p.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul**: cuidar, sim - excluir, não. Rio

Grande do Sul : Secretaria Estadual de Saúde, 2001.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL.
Desenvolvido pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
<<http://www.ssp.rs.gov.br/>>. Acesso em 21 mai. 2008.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 288 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde.** In: MOTA, Ana Elisabete et al. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

ZIMERMAN, D. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.