

FACULDADES INTEGRADAS ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**“O LAR ABRIGADO DO HOSPITAL SANTA MARIA DE
PIRAPOZINHO COMO ESPAÇO PARA EXERCÍCIO DE
CIDADANIA”.**

Aparecida de Fátima Madeira

Luciana Lima de Jesus

Mara Cristina de Souza Soares

Sílvia Cristina Carvalho Santos

Tasila Fernanda Zorzan de Souza

Presidente Prudente

Novembro/2002.

FACULDADES INTEGRADAS ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**“O LAR ABRIGADO DO HOSPITAL SANTA MARIA DE
PIRAPOZINHO COMO ESPAÇO PARA EXERCÍCIO DE
CIDADANIA”.**

Aparecida de Fátima Madeira

Luciana Lima de Jesus

Mara Cristina de Souza Soares

Sílvia Cristina Carvalho Santos

Tasila Fernanda Zorzan de Souza

Monografia apresentada como requisito parcial de
Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Assistente
Social, sob orientação do prof. Luci Martins Barbato
Volpato.

Presidente Prudente

Novembro/2002

**“O LAR ABRIGADO DO HOSPITAL SANTA MARIA DE
PIRAPOZINHO COMO ESPAÇO PARA EXERCÍCIO DE
CIDADANIA”.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito
parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de
Assistente Social.

Orientadora

Luci Martins Barbato Volpato.

1º Examinador

2º Examinador

Presidente Prudente, cinco de dezembro de dois mil e dois

MENSAGEM

“Maluco Beleza”

Enquanto você se esforça pra ser

Um sujeito normal

E fazer tudo igual.

Eu do meu lado aprendendo a ser louco,

Maluco total

Na loucura real

Controlando a minha “maluquez”

Misturada com minha lucidez.

Vou ficar

Ficar com certeza, maluco beleza.

Eu vou ficar,

Ficar com certeza maluco beleza.

E esse caminho que eu mesmo escolhi

É tão fácil seguir,

Por não ter onde ir.

Controlando a minha “maluquez”

Misturada com minha lucidez.

Vou ficar,

Ficar com certeza, maluco beleza.

Vou ficar, ficar com certeza, maluco beleza.

(Raul Seixas/Cláudio Roberto)

AGRADECIMENTOS

A Deus

Agradecemos primeiramente a Deus por nossas vidas, pela garra, coragem e perseverança a nós concebidas nos momentos de maiores dificuldades.

Aos familiares

A vocês, pelo incentivo, paciência, compreensão, pelas mensagens de otimismo incessantes ao longo desta trajetória.

Ao esposo e aos namorados

Agradecemos pela compreensão pelos momentos em que estivemos ausentes, pelo companheirismo, pelo amor que nos dedicaram.

Ao grupo

A quem somos eternamente gratas pela força e motivação, proporcionadas nos momentos em que tudo parecia perdido.

À orientadora Luci

À nossa competente orientadora, pelo respeito, atenção, incentivo, companheirismo, ética, dedicação e carinho a nós dedicados durante todo este processo.

Aos professores

Por todo empenho, pela contribuição neste processo de crescimento e de constante reflexão.

Às supervisoras

Que compartilharam conosco, angústias e alegrias, contribuindo tanto para o aprimoramento profissional, quanto para nosso crescimento pessoal, através da superação de desafios e pelos incentivos constantes.

A todos os entrevistados

Pela receptividade, pela importante contribuição ao bom andamento do trabalho.

Ao Hospital Santa Maria de Pirapozinho

Pela total abertura concedida ao grupo para a realização desta pesquisa, contribuindo para o alcance de nossos objetivos.

Aos amigos

Pelo carinho e companheirismo a nós dedicados.

**Com Carinho,
O Grupo.**

Homenagem póstuma ao pai Miguel e ao avô Joaquim.

O destino une e separa pessoas, mas nenhuma força é tão grande e suficiente para nos fazer esquecer aquelas pessoas que um dia nos fizeram felizes. Amaremos-te para sempre.

Sílvia e Fátima.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso procura analisar de forma sistemática se o projeto Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho, na perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, possibilita as suas usuárias ampliação das oportunidades e trocas sociais.

Foi adotado o método de abordagem descritivo e qualitativo.

Destaca as formas de atenção ao portador de transtorno mental ao longo da história. Posteriormente, contextualiza o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil e seu rebatimento na Saúde Mental, com seus avanços nas últimas décadas.

Ainda no contexto da Política de Saúde Mental, apresenta os Dispositivos Residenciais Terapêuticos, que constituem alternativas ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Em virtude do longo processo de restrição dos direitos ao portador de transtorno mental interno, é contextualizado o processo de ampliação da cidadania para estes usuários.

No processo de ressocialização proporcionada pelo Lar Abrigado do Hospital Santa Maria, é salientado o empenho da equipe técnica deste, na implantação do projeto de ressocialização, que possibilitou a abertura da instituição à comunidade; e também na adequação desta à atual Política de Saúde Mental.

Esta pesquisa enfatiza o Lar Abrigado do Hospital Santa Maria como importante alternativa de avanço em relação à autonomia das usuárias e, conseqüentemente, para a ampliação da cidadania destas.

Palavras-chave:

Saúde, loucura, doença mental, segregação social, saúde mental, ressocialização, desinstitucionalização, autonomia, liberdade, cidadania.

ABSTRACT

This work of course conclusion tries to analyze in a systematic way if the protect “Lar Abrigado of Hospital Santa Maria of Pirapozinho”, in the perspective of psychiatric desinstitutionalization facilitates its users amplification of the opportunities and social changes.

The method of descriptive and qualitative approach was adopted.

It highlights the forms of attention payable to bearer of mental upset along the history. Later on, introduce the development of the Public Health in Brazil and its reflex in the Mental Health, with its progresses in the last decades.

Still in the context of the Politics of Mental Health, it presents the Therapeutic Residential Devices, that constitute alternatives to the process of psychiatric desinstitutionalization.

By virtue of the long process of restriction of the rights payable to bearer of internal mental upset, it is introduced the process of amplification of the citizenship for these users.

In the social insertion process provided by “Lar Abrigado of Hospital Santa Maria”, it is pointed out the zeal of the technical team of this, in the implantation of the social insertion project, that facilitated the opening of the institution to the community, and also in the adaptation of this to the current Politics of Mental Health.

This research emphasizes “Lar Abrigado of Hospital Santa Maria” as important progress alternative in relation to the users’ autonomy and, consequently, of the amplification of the citizenship of these.

Words-Key:

health, madness, mental disease, social segregation, mental health, social insertion, desinstitutionalization, autonomy, freedom, citizenship.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CAPÍTULO I	12
2.1 A Trajetória da Loucura na Sociedade: concepções e formas de atenção	12
2.2 Contextualização acerca da Política de Saúde Pública no Brasil	22
2.2.1 O Desenvolvimento da Assistência Psiquiátrica no Brasil	25
2.2.2 A Política de Saúde Mental na perspectiva da reorientação do modelo de atenção.	28
2.2.3 A Saúde Mental na perspectiva da desinstitucionalização	28
2.2.4-O Panorama atual da Política de Saúde Mental no Brasil	30
2.2.5-Dispositivos Residenciais Terapêuticos	31
2.3 A Cidadania para portador de transtorno mental	34
2.3.1 Tecendo considerações sobre Cidadania	36
2.3.2 O movimento de cidadania para o portador de transtorno mental	39
2.3.3 O papel da instituição na ampliação dos direitos ao portador de transtorno mental	42
3 CAPÍTULO II	44
3.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
3.1.1 O cenário da pesquisa	44
3.1.1.1 A Saúde Mental na região de Presidente Prudente	44
3.1.1.2 O Hospital Santa Maria de Pirapozinho como lócus de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso	45
3.1.1.3 Lar Abrigado do Hospital Santa Maria	49
3.1.2 As personagens da pesquisa	50
3.1.2.1 O perfil das usuárias do Lar Abrigado.....	52
3.1.3 O espaço de construção da cidadania	53
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ANEXOS

ANEXO I Portaria do Ministério da Saúde 224/ 92.

ANEXO II Portaria do Ministério da Saúde 408/92.

ANEXO III Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental.

ANEXO IV Roteiro de entrevista: usuárias.

ANEXO V Roteiro de entrevista: técnicos.

ANEXO VI Roteiro de entrevista: comunidade.

1 INTRODUÇÃO

A realização da presente pesquisa se deu como exigência à obtenção do título de Assistente Social.

O interesse pelo tema nasceu em virtude da experiência de estágio na área de saúde mental, vivenciada por três das integrantes do grupo no ano de 2002. A partir desta experiência, foi possível intenso contato com um projeto de Lar Abrigado, que corresponde a uma proposta de grande relevância no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, inserida no contexto mais amplo da Saúde Mental.

Tomando como ponto de partida o longo processo de exclusão e segregação vivenciado pelo portador de transtorno mental interno em instituição psiquiátrica, que lhe privou por longo período dos direitos básicos e mínimos enquanto cidadãos, o debate atual de desinstitucionalização em Saúde Mental assume um papel de extrema relevância na reconstrução e ampliação dos direitos de cidadania para o portador de transtorno mental.

O objeto de estudo da presente pesquisa é identificar se o Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho como dispositivo residencial na estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica propicia às usuárias, o resgate de direitos de cidadania, liberdade, autonomia, e sociabilidade.

Para a realização desta pesquisa, foi utilizado método de abordagem de caráter descritivo e qualitativo; o primeiro permite estudar as características do grupo e o segundo permite a compreensão do problema em sua totalidade e a verificação das mudanças obtidas através da implantação do projeto Lar Abrigado.

Este estudo permite a compreensão dos avanços da Política de Saúde Mental e os rebatimentos para o portador de transtorno mental interno.

Como campo empírico da pesquisa, o grupo definiu o Hospital Santa Maria de Pirapozinho, por ser uma instituição que desenvolve o projeto Lar Abrigado e por constituir campo de estágio de três integrantes do grupo. Com a aprovação da diretoria da instituição, passou-se então, a buscar as informações necessárias.

Selecionou-se para a pesquisa, três usuárias residentes no Lar Abrigado. A instituição autorizou o acesso do grupo aos prontuários das usuárias que participariam da pesquisa.

Além das três usuárias do Lar Abrigado, participaram da pesquisa nove técnicos e um administrador do Hospital Santa Maria de Pirapozinho e três membros da comunidade local, sendo que um destes é técnico da saúde do município.

Optou-se em utilizar entrevistas semi-abertas e estruturadas com os técnicos e com a comunidade. Com as usuárias foi utilizada a entrevista estruturada com visita domiciliar ao próprio lar.

Os entrevistados foram informados a respeito da pesquisa e consultados pelo próprio grupo sobre a disponibilidade e autorização para participar da pesquisa.

Os dados levantados junto aos entrevistados, foram embasados pelo referencial teórico e pela bibliografia consultada.

Este trabalho é composto de dois capítulos:

No primeiro capítulo foi apresentado o referencial teórico, subdividido em três partes. A primeira parte discute as formas de atenção à loucura no decorrer da história. A segunda parte contempla a Saúde no Brasil, salientando os avanços nas duas últimas décadas e o rebatimento na Saúde Mental; ainda neste item foi apresentado o atual contexto da Saúde Mental, na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica. A terceira parte discute a conquista dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental a partir das propostas de desinstitucionalização e ressocialização.

O segundo capítulo contextualiza o foco da pesquisa, a partir da análise dos dados coletados alicerçados no referencial teórico, enfatizando o processo de mudança e ampliação dos direitos, proporcionados às usuárias do Lar Abrigado a partir da implantação deste.

Finalizando, são apresentadas as considerações finais, que constituem a síntese realizada pelas acadêmicas.

2 CAPÍTULO I

2.1 A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NA SOCIEDADE: concepções e formas de atenção.

Durante a Idade Média, a questão da loucura misturava-se a outras questões que eram compreendidas pela sociedade como deformidades do tecido social, tais como: a prostituição, a criminalidade, a delinqüência, o anarquismo, a imigração, o alcoolismo, entre outras. Toda esta ordem de questões, compreendidas como marginais, simbolizava uma ameaça à lei e à ordem social.

As pessoas acometidas por transtornos mentais perambulavam pelas ruas, sem receber qualquer assistência e era compreendida como ser desviante e incapaz de viver em sociedade, já que seu comportamento não se adequava às necessidades econômicas e sociais .

Quando manifestavam comportamento agressivo, as pessoas acometidas por transtornos mentais, assim como: os ladrões, as prostitutas, os leprosos, entre outros, eram recolhidos aos Hospitais Gerais e às Santas Casas de Misericórdia. Neste período, a maneira com a qual se enfrentava estas questões era o enclausuramento, ou seja, o isolamento destes indivíduos em locais que poderiam ser caracterizados como “depósitos de anormais”.

A princípio, a percepção da loucura, representada pela ética do internamento não objetivava a elaboração de conhecimento sobre a loucura, nem oferecia ação terapêutica, o internamento era baseado em uma prática de proteção e guarda, na qual utilizava-se de princípios de disciplinamento e punição.

Nesta perspectiva, a autora Denise Dias Barros et al. (1994) apud Amarante (2001, p.24), apresenta a seguinte reflexão:

A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional.

A figura do médico clínico surge a partir 1793, com Pinel sendo a principal e primeira expressão. Este, através de sua tecnologia postula o isolamento como

fundamental, ordenando os espaços a partir das diversas espécies de alienados existentes, para observar os sintomas e então descrevê-los.

No século XVIII, o hospital deveria constituir-se como local onde a doença deveria ser manifestada. É neste contexto que surgem as práticas asilares, fundadas em uma tecnologia hospitalar, que passa a ter um novo mandato social: o de assistência e tutela. A obra de Pinel representa um importante passo histórico para a medicalização do hospital, com a organização do espaço asilar e a imposição de uma relação terapêutica, caracterizando-se como a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

A obra inicial de Pinel foi concebida como avanço, mas também recebeu inúmeras críticas direcionadas ao caráter fechado e autoritário da instituição. Estas críticas possibilitaram reflexões que propiciaram a primeira reforma no modelo de tratamento instituído por Pinel (a instituição psiquiátrica asilar), com a introdução das “Colônias de Alienados”.

Este novo modelo de tratamento traz a ilusão de liberdade, visto que o trabalho era realizado no regime de portas abertas. As colônias vêm, junto ao contexto sócio-histórico da modernidade, atualizar o compromisso da psiquiatria com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. Porém, durante o decorrer dos anos, as Colônias não trouxeram grandes diferenciações em relação aos asilos pinelianos.

Após a experiência mencionada não houve mudanças significativas no contexto de tratamento psiquiátrico, mudanças mais expressivas neste contexto, ocorreram a partir dos movimentos reformistas, após a Segunda Guerra Mundial.

A psiquiatria contemporânea e os movimentos reformistas.

O contexto histórico após a Segunda Guerra Mundial, compõe o cenário para os movimentos reformistas da psiquiatria contemporânea; estes atualizam críticas e reformas da situação asilar. E segundo a análise do autor Paulo Amarante (2001), estas reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico; sendo as seguintes:

- **Comunidade Terapêutica:**

Experiência assim denominada a partir de 1945 na Inglaterra, passa a caracterizar um processo de reforma institucional com a adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, tendo como propósito a reformulação da dinâmica institucional asilar.

Até este período, os asilos psiquiátricos apresentavam um quadro extremamente precário, não cumprindo sua função de recuperação dos doentes mentais, passando a ser considerados os responsáveis pelo agravamento das doenças. A proposta de reforma dos espaços asilares emerge da necessidade de superação deste contexto e também por fatores de ordem econômico-social, em virtude da necessidade de reposição de mão-de-obra inutilizada pela Segunda Grande Guerra, utilizando-se de pacientes que representavam mão-de-obra ociosa dentro dos asilos.

Este processo retomou o mito de que o trabalho seria o meio através do qual se daria a transformação dos doentes mentais, estabelecendo um sujeito sociabilizado pela produção.

Outra proposta do período (1929-1930) diz respeito à mudança do enfoque terapêutico individual para o enfoque grupal, partindo da perspectiva do inter-relacionamento entre grupos. Posteriormente, passou-se a trabalhar com grupos menores nos quais os problemas e as soluções que facilitariam a ressocialização eram compartilhados entre próprios pacientes, médicos, enfermeiros, familiares e comunidade.

Segundo Franco Rotelli et al. (1994) apud Amarante (2001, p. 31):

a experiência inglesa de comunidade terapêutica foi uma experiência importante dentro do hospital psiquiátrico, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico.

- **Psicoterapia institucional:**

Este trabalho foi inicialmente realizado no Hospital Saint-Alban, na França, por François Tosquelles.

Durante a Segunda Guerra Mundial, período extremamente crítico para toda a Europa, Tosquelles busca refúgio na França para escapar da ditadura imposta pelo General Franco na Espanha. Nessa época, a sociedade europeia enfrentava inúmeras dificuldades, e os “loucos” internados em asilos viviam situações ainda piores. Por essa razão, Tosquelles inicia uma série de mudanças

no Hospital Saint-Alban. Os primeiros anos de reformas neste Hospital são marcados pelo caráter de espaço de resistência ao nazismo, mas também pelas alternativas oferecidas para salvar da morte e proporcionar cura aos doentes ali internados.

Por tornar-se um local de encontro dos ativistas da resistência, como os marxistas e freudianos, Saint-Alban tornou-se mais tarde o grande movimento de transformação da prática psiquiátrica na França, ali ocorreram as principais denúncias e lutas contra o caráter isolador e totalizador da psiquiatria.

Tosquelles instituiu o movimento “terapêutica ativa”, com o objetivo de resgatar principalmente o potencial terapêutico do hospital, que teve sua criação com o intuito de curar e tratar as doenças mentais, mas que, em função tanto de técnicas terapêuticas inadequadas, quanto do descaso político-social, tornou-se espaço de repressão e violência.

A psicoterapia institucional questiona a instituição psiquiátrica como um espaço isolador do louco, e propõe uma crítica efetiva ao poder que cabe ao médico no espaço institucional.

A psicoterapia institucional tem como objeto de estudo o coletivo. Esta técnica opõe-se ao modelo tradicional que é hierarquizado e verticalizado. O modelo proposto pela psicoterapia institucional propõe-se a encontrar novos espaços e também outras possibilidades terapêuticas, como reuniões, festas, entre outras, e não simplesmente a relação meramente horizontal entre médico – paciente.

Seguindo o seu processo de evolução, a psicoterapia institucional, passa a ser incorporada a outros hospitais da França.

As críticas recebidas pelo modelo da psicoterapia institucional referem-se ao seu caráter centralizador, quase que restrito ao espaço institucional asilar, pois este não questiona a função social da psiquiatria, apenas propõe uma reforma asilar e defende o asilo psiquiátrico como lugar ideal para abrigar o psicótico.

- **Psiquiatria de setor:**

A psiquiatria de setor origina-se na França no pós-guerra, inspirada nas idéias de um grupo de psiquiatras progressistas que contestava a psiquiatria asilar.

A psiquiatria de setor buscava tratar o doente mental em seu próprio meio social, restringindo a prática hospitalar e procurando evitar a segregação e o isolamento do doente, que passaria a receber a assistência em sua própria comunidade.

Nesta perspectiva, o hospital psiquiátrico representava apenas uma etapa do tratamento, sendo que neste, os pacientes eram separados em pavilhões que correspondiam a uma determinada área geográfica e cultural.

A psiquiatria de setor é incorporada como política oficial na França a partir da década de 1960, sobretudo, em razão de a psiquiatria asilar demandar elevados custos ao Estado. Porém, a política de psiquiatria de setor não atinge os objetivos propostos, isto ocorre em razão de fatores como: a preocupação de setores conservadores com a possível invasão dos “loucos” nas ruas; pela resistência de intelectuais que a compreendiam como ligação política-ideológica à psiquiatria; pelo elevado custo dos serviços preventivos e pós-cura, entre outros.

- **Psiquiatria preventiva: o ideal da saúde mental:**

A psiquiatria preventiva ou comunitária, em sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos, com a proposta de constituir-se uma nova revolução psiquiátrica, em função de terem descoberto estratégias de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando fundamentalmente a promoção da saúde mental, que passa a constituir-se o novo objeto para a psiquiatria.

Em 1955, nos Estados Unidos, através de um censo, são detectadas péssimas condições de assistência psiquiátrica, o então Presidente John Kennedy, assina um decreto que redireciona os objetivos da psiquiatria, incluindo a redução da doença mental nas comunidades. Neste período, os Estados Unidos passam por profundas conturbações no nível de adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia, como a Guerra do Vietnã, o aumento do uso de drogas pelos jovens, entre outras questões.

Partindo da redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional, acreditava-se que todas doenças mentais pudessem ser prevenidas ou

detectadas precocemente, podendo-se, então, prevenir ou erradicar todos os males da sociedade, já que a doença mental significava distúrbio, desvio, marginalidade, entre outros aspectos.

Desta forma, procura-se identificar pessoas potencialmente doentes; seria preciso, então, entrar nas casas, conhecer os hábitos, vícios daqueles que poderiam ser suspeitos de doença mental. Esta busca é realizada prioritariamente através de questionários distribuídos à população, e os resultados indicavam possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico. Assim, é instituída a primeira política nacional americana de saúde mental.

O projeto de psiquiatria preventiva, apresentado pelo governo americano, passa a ser adotado pelas organizações sanitárias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e, conseqüentemente, por vários países do Terceiro Mundo.

Na concepção de Amarante et al. (2001, p.40-41):

... as propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e proposta de "desinstitucionalização", que se tornam diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, ou mesmo "alternativas". É importante atentar para o fato de que esta expressão, desinstitucionalização, surge nos EUA, no contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de "desospitalização". Desde então, um conjunto de formas de organização de serviços psiquiátricos é apresentado com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. A institucionalização/hospitalização ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um "processo de dependência" do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao "hospitalismo". Com isso, passa a haver uma correspondência direta entre desinstitucionalizar e desospitalizar, tornando-se mister operar mecanismos que visem a reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos (diminuir o tempo médio de permanência hospitalar, as taxas de internações e reinternações, aumentar o número de altas hospitalares) e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares (centros de saúde mental, hospital dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, etc.).

- **A antipsiquiatria:**

A antipsiquiatria surge na Inglaterra da década de 1960, a partir da crítica de que o saber e a prática psiquiátrica não se ajustam ao trato com a loucura, principalmente, com a esquizofrenia.

Teoricamente, a antipsiquiatria busca romper com o modelo assistencial em vigência na Inglaterra, cuja intenção primordial é destituir, de modo definitivo, o valor atribuído ao saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais.

No período que vai de 1962 a 1966, é posta em prática uma unidade psiquiátrica independente no Hospital Psiquiátrico Público de Shenly, na cidade de Londres, chamado de pavilhão Vila 21, tinha como característica ser uma comunidade terapêutica onde viviam uma clientela não cronificada, composta por jovens de 15 a 30 anos, que eram considerados esquizofrênicos sem nunca ter experimentado tratamento.

Nesse local eram promovidas reuniões, cujo objetivo era o de destituir a hierarquia e a disciplina proposta pelo hospital tradicional, onde se procurava captar os preconceitos existentes no comportamento dos médicos e enfermeiros, com referência ao paciente e à doença. Visava também quebrar a resistência dos técnicos à proposta de antipsiquiatria.

A antipsiquiatria expressa uma crítica à nosografia¹, que determina o ser neurótico; divulga a cronificação da instituição asilar e supõe que mesmo se voluntariamente procurado, o tratamento psiquiátrico nada mais é que uma imposição do mercado ao indivíduo, pois este se sente afastado do convívio social.

O método proposto pela antipsiquiatria não prevê tratamento físico ou químico, e sim, tem como importância primordial à análise do delírio do “louco”, que estará sendo constantemente acompanhado pelo grupo, através de métodos de investigação, pela não repressão da crise, sendo esta, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão.

O novo conceito apresentado pela antipsiquiatria traz enormes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução da prática psiquiátrica tradicional.

- **Experiências a partir da tradição basagliana:**

¹ Nosografia: “Descrição das doenças” (Dicionário da Língua Portuguesa, 1996, p.458).

A tradição iniciada por Franco Basaglia e levada adiante pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, efetua uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, bem como declara firmemente a necessidade de rever as relações sobre as quais o saber médico dá fundamentação à sua práxis².

Segundo Amarante (2001), a tradição basagliana particulariza a exigência de um exame histórico-crítico da sociedade e também do modo como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. Por ter a conotação de movimento político traz as relações econômicas e sociais à condição central, sendo os movimentos sociais entendidos como atores sociais concretos, no confronto com o panorama institucional.

No início da década de 1960, a crítica efetuada por Franco Basaglia tornava-se prática efetiva no manicômio de Gorizia, realizando um trabalho de humanização do hospital, tendo como ponto de partida o modelo de comunidade terapêutica. Porém, na concepção de Amarante (2001), o modelo referido, ainda possuía o caráter terapêutico e deixava intocado um dos componentes constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica existente entre o médico e o paciente, sendo a condição da loucura resumida a objeto de intervenção, não colocando em discussão as relações de tutela e custódia e nem questionando o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico.

A partir desta experiência, a tradição basagliana recebeu algumas críticas, sendo elas: “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência”. (BARROS et al (1994:60) apud AMARANTE 2001, p. 48).

Ainda na concepção de Amarante (2001), as instituições psiquiátricas vivenciam um problema complexo, que foi construído historicamente pela sociedade, o trato com a diferença e os diferentes, em um mundo regido supostamente pela igualdade de direitos, mas que transforma a grande maioria das pessoas em minoria absoluta. E no caso da loucura resolve-se a questão da diferença com a união entre o poder jurídico e o poder médico; para com o

² práxis: “Karl Marx utilizou o termo para referir-se a toda ação intencional, ao processo criativo através do qual pessoas trabalham, produzem bens e agem umas sobre as outras e sobre o mundo. É a práxis, argumentava Marx, que está no âmago da existência humana, e o que pensamos é importante apenas na medida em que molda e dá objetivo à ação”. (Dicionário de Sociologia: Guia prático de linguagem sociológica, 1997, p.180).

respaldo das leis, regulamentar e ratificar a tutela e a irresponsabilidade social daqueles que não se incluem aos padrões e normas estabelecidas.

Em 1973, na cidade de Bolonha, na Itália, acontece o movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), e um ano depois se resume apenas em Psiquiatria Democrática, cujo grande destaque está relacionado à possibilidade de denúncia civil de todas as práticas violentas que ocorrem dentro das instituições psiquiátricas. O movimento de Psiquiatria Democrática Italiana se ampliou e se articulou a outras forças, sindicais, políticas e sociais e trouxe como grande contribuição, a divulgação de que para que fosse possível a transformação da assistência, seria necessária a reinvenção do território onde se pautavam as relações entre cidadania e justiça.

Basaglia inicia em Trieste, na Itália, o processo de reinvenção da assistência com a superação do modelo de comunidade terapêutica. Esta superação tornou-se necessária, para que uma nova prática, fundamentada nas relações do portador de transtorno mental com a comunidade, fosse inventada, possibilitando desmistificar no imaginário social, o caráter excludente, de periculosidade e a necessidade de tutela.

Com a trajetória italiana, houve a possibilidade de um rompimento com o saber/prática psiquiátrico. Passa a ser discutido a partir dessa época, o projeto de desinstitucionalização. Segundo Amarante et al. (2001, p.49):

Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa compreender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Em outubro de 1971 Basaglia chega à Trieste, na Itália, e inicia uma técnica de desmonte do aparato manicomial, constituindo novos espaços e também novas formas de tratar a loucura e a doença mental. Para este propósito, efetuou-se a construção de sete centros de saúde mental, cujo funcionamento dava-se nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. Proporcionou, também, a criação de vários grupos-apartamento, locais onde residiam usuários, dentre estes alguns viviam acompanhados por técnicos e voluntários e outros viviam sozinhos.

Um outro tipo de cuidado foi a cooperativa de trabalho, sendo que, em sua organização inicial procurava encontrar local de trabalho para os ex-internos do hospital, mas que, com o decorrer do tempo, tornou-se espaço essencial na dinâmica dos serviços de saúde mental, como também de toda a sociedade, representando o lugar destinado à produção artística e intelectual e também à prestação de serviços.

Na verdade, o movimento de Psiquiatria Democrática foi um movimento político, que se formou a partir de 1973, tendo como objetivo viabilizar a reforma psiquiátrica na tradição basagliana por toda a Itália. Em função da repercussão provocada pelas experiências de Gorizia e Trieste, o Partido Radical da Itália propõe que a legislação psiquiátrica em vigor no país desde 1904 fosse revogada, sendo que, o grande anseio por essa medida estava na “suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura”. (AMARANTE, 2001, p.50).

Esta proposta do Partido Radical revelou o caráter antiinstitucional do trabalho que Franco Basaglia desenvolveu, sendo este o grande responsável pelo debate acerca deste assunto. O projeto fundamenta-se em seus ideais, e a lei aprovada em 13 de maio de 1978 passa a ser conhecida como Lei Basaglia, fato que identifica perante a sociedade o nome de Franco Basaglia à reforma psiquiátrica. Este trabalho fez de Basaglia uma referência mundial na assistência psiquiátrica.

Segundo Amarante (1995), “Basaglia empenha-se na aprovação da lei e, sobretudo em sua efetiva implantação, pois a mesma, introduz importantes avanços na assistência psiquiátrica, mesmo levando em conta que” (AMARANTE, 2001, p. 50).

a velha fórmula que justifica o internamento compulsório (perigoso para si ou para os outros ou de escândalo público) é substituída por um artigo de lei que, por conservar ao médico a inteira responsabilidade do julgamento da periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso, permanecendo, enfim, o julgamento de gravidade, avaliado pela rejeição do paciente à internação voluntária. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação: apenas quando se está de acordo de que estas não existem é, então, obrigado o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possam tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível

uma genérica reconversão da assistência psiquiátrica na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de outras soluções, abre no corpo social um novo espaço de contradições. (Basaglia et al. (1980, p.17-23) apud Amarante (2001, p.50).

Esta contextualização histórica das formas de atenção à pessoa portadora de transtorno mental nos possibilita compreender como a sociedade se movimentou em torno da loucura e os avanços em torno da superação do modelo segregador e excludente. Demonstra também, que o caminho de inclusão ainda tem muito a ser percorrido.

Apresentaremos, a seguir, uma reflexão de como a saúde se desenvolveu no Brasil e neste processo como se deu a assistência psiquiátrica para o portador de transtorno mental.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

A partir da análise do autor Evaldo Vieira, o conceito de Política Social pode se dar a partir da explicação do método funcionalista ou do método materialista histórico dialético. O autor referido elege o método materialista histórico dialético para fundamentar o conceito de Política Social.

A partir deste método, a Política Social está intrinsecamente ligada à Política Econômica e estas à evolução do sistema de produção capitalista. A Política Social é parte estratégica da classe dominante para controlar os meios de produção, e desse modo, a classe dominada. Nesta perspectiva, o Estado formula as Políticas Sociais para garantir à população os mínimos sociais, necessários à manutenção de sistema produtivo.

Na concepção de Vieira et al. (1992, p.21):

“Tanto a política econômica quanto a política social podem expressar mudanças nas relações entre distintos grupos sociais existentes, no interior de uma só classe. Através destas políticas, é possível evidenciar-se a ação do Estado no sentido de incentivar e ampliar o capitalismo em determinado país”.

A Política Social é, portanto, resultante do embate social entre a classe detentora do capital e a classe trabalhadora.

O processo histórico brasileiro sempre foi permeado pela supremacia do modo de produção capitalista, que acarretou várias mudanças ao cenário do país ao longo do tempo, as quais possibilitaram o agravamento da questão social. Para amenizar esta situação, o Estado propõe a formulação das Políticas Sociais em vários setores.

A organização da assistência médica expandiu-se através do Estado a partir de 1921, com a Reforma Carlos Chagas. Porém, apenas na criação da Previdência Social que se inscrevem as relações entre as instituições de saúde e o Estado. A organização previdenciária, responsável pela assistência médica aos trabalhadores, passa em 1933, a ser estabelecida sob a forma de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Foi a partir deste período, que a saúde começou a ser vista como Política Social e que as reformulações no setor de saúde foram priorizadas, tendo como objetivo oferecer as condições sanitárias mínimas à população urbana e rural.

No início da década de 1940, foi estabelecida nova organização no setor da saúde, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este serviço tinha por objetivo, assistir as áreas carentes e economicamente estratégicas do país. O Estado buscava “mediatizar as relações entre o trabalho e o capital, buscando otimizar as condições para a reprodução ampliada deste” (GONÇALVES, 1983, p. 27).

No período da ditadura militar, especificamente em 1966, durante o governo do General Castelo Branco, os Institutos de Aposentadoria e Pensões foram unificados, originando o Instituto Nacional de Previdência Social, que se configura como modelo de política de saúde.

O estabelecimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões em um único Instituto, não altera o modelo de atenção à saúde. O atendimento realizado pelo Estado através do Instituto Nacional de Previdência Social era destinado apenas para a parcela dos trabalhadores e familiares que estavam formalmente inseridos no mercado de trabalho. Segundo Faleiros (2000), quarenta milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso a serviços médicos na década de 1970.

Desta forma, o modelo de política social e de saúde vai se consolidando de forma desigual. Para os ricos, os serviços médicos utilizados são particulares;

para a classe média, os convênios de saúde; para o trabalhador, a saúde do Estado e ao pobre resta a filantropia.

Na década de 1980, ocorreu um fato que foi fundamental para o processo de discussão acerca da questão da Saúde Pública no Brasil. No ano de 1986, foi organizado e realizada em Brasília, pelo movimento da reforma sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Esta Conferência representou um marco, pois introduziu a sociedade no debate sobre o tema, e possibilitou que a saúde fosse compreendida de modo mais abrangente, sendo: “a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (CRUZ, 1999, p. 08).

A partir da VIII Conferência, enfatiza-se uma política nacional para a Saúde Pública vinculada ao Ministério da Saúde, o que possibilitou uma melhor assistência médica à população.

Neste momento, a população começa a reivindicar melhores condições de saúde, conquistando um espaço democrático dentro da política. Esse movimento provocou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como objetivos: “a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a elas oferecidos, e não como simples objetos”. (CRUZ, 1999. p 09).

As diretrizes implantadas com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foram: a Unificação Institucional, a Descentralização das Ações de Saúde e a Democratização de Saúde.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, expande os avanços conquistados com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pois “contempla a Saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição de recursos”. (COHN, 2001. p 68).

Seguindo as determinações da Constituição Federal de 1988, foram sancionadas, em 1990 a Lei 8080 e em 1991 a Lei 8142, conhecidas como Lei Orgânica do SUS (LOS); e segundo Cohn et al. (2001: 68), estas leis embasaram-se nas diretrizes de:

descentralização com a fixação das direções pela esfera de governo (Federal, Estadual e municipal), atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social (no sentido daquele controle exercido pela sociedade).

Indiscutivelmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), em vigência no país até os dias atuais trouxe ganhos expressivos em relação aos direitos garantidos à população. Foi com a implementação deste novo sistema, que se concretizou a proposta da democratização da Saúde Pública no país, com ações voltadas à universalização do atendimento, descentralização e regionalização.

Neste processo de desenvolvimento da política da saúde, veremos a seguir, como a assistência psiquiátrica se constituiu no Brasil.

2.2.1 O Desenvolvimento da Assistência Psiquiátrica no Brasil.

Em fins do século XVIII, com a expansão do capitalismo brasileiro, sistema este marcado pela industrialização e urbanização acelerada, emergiram-se acentuadas mudanças nas condições de vida da população, proliferando novos problemas sociais. Dentre eles, estabeleceram-se altos índices de diversos tipos de doenças. Em meio a elas estava presente a problemática dos portadores de transtornos mentais. (ANDRADE, 1997, p.16).

Seguindo uma tendência mundial, no Brasil, em fins do Século XVIII, não havia assistência médica às pessoas acometidas por transtornos mentais, estas perambulavam pelas ruas, exceto aquelas, cujas famílias privilegiadas financeiramente, deixavam-nas confinadas em casa e em caso de agressividade eram amarradas e colocados em situação de total isolamento.

Neste período, as pessoas portadoras de transtornos mentais eram vistas como desviantes e incapazes de viver em sociedade, já que seus comportamentos não se adequavam às necessidades econômicas e sociais. Quando estas manifestavam comportamentos agressivos eram retiradas da sociedade e levadas às cadeias, onde, muitas vezes, recebiam maus-tratos.

As Santas Casas de Misericórdia passaram a ser utilizadas como forma de atendimento a estas pessoas, sendo-lhes destinados locais isolados, utilizando-se de punições e maus-tratos, como forma de controle e não como assistência médica.

O “Hospício Dom Pedro II”, criado em 1841 no Rio de Janeiro, foi a primeira experiência de assistência psiquiátrica no Brasil, sendo que o

atendimento era voltado às camisas-de-força, eletro-choques, excessivas doses de medicação, entre outros. Em virtude do crescente aumento desta problemática, foram criadas outras instituições pelo país, que também exerciam o papel de retirar o portador de transtorno mental das ruas.

Até aproximadamente a década de 1970, o modelo de assistência à pessoa portadora de transtorno mental baseava-se na internação e confinamento, com a edificação da estrutura asilar, responsável pelo processo de cronificação do usuário destas instituições.

Em fins da década de 1970 e início dos anos 1980, período que corresponde ao processo de redemocratização do Brasil, especialmente nos estados da região sudeste (Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo), observa-se um processo de reemergência dos movimentos sociais, dentre estes, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Segundo Vasconcelos (2000), este movimento passa a questionar as políticas de assistência psiquiátrica vigente, tendo como objetivos principais: mobilizar a sociedade civil pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados; denunciar a mercantilização da assistência psiquiátrica prestada pelos hospitais privados, conveniados pelo INAMPS; reivindicar melhores condições de trabalho e a expansão dos serviços ambulatoriais em Saúde Mental.

Segundo Vasconcelos (2000), após um temporário fechamento do espaço político de mudanças a partir do Estado, uma ala progressista do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental propõe um avanço para o setor, inspirado no modelo proposto por Franco Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana³, lutando pela extinção dos manicômios e pela implantação dos serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. Surge, então, o Movimento de Luta Antimanicomial.

As propostas deste movimento estavam relacionadas à reestruturação da atenção à saúde mental com via a desinstitucionalização, de modo a garantir a restituição dos direitos pessoais e viabilizar o processo de ressocialização dos

³ Modelo proposto por Franco Basaglia e Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana: ambos discutidos no item anterior (A Trajetória da Loucura na Sociedade: concepções e formas de atenção).

usuários de hospitais psiquiátricos, que por um longo período foram vítimas de um sistema segregador.

O movimento de Luta Antimanicomial através de constante pressão social, desempenhou papel importante como impulsionador do processo de Reforma Psiquiátrica no país, e do processo de construção da cidadania para o portador de transtorno mental. No plano da Reforma Psiquiátrica, contribuiu para os avanços no plano legislativo, com a criação de projetos de lei, como o do Deputado Paulo Delgado em 1989, que propõe a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos a estes. O movimento contribuiu, também, para o avanço no plano social, com o aumento significativo da participação das organizações de usuários e familiares nas discussões centrais da Política de Saúde Mental no Brasil.

Neste contexto de ampliação dos direitos para a pessoa portadora de transtorno mental, torna-se importante ressaltar o papel das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que concretizou a implantação da reforma sanitária brasileira.

Em janeiro de 1992, foi lançada a portaria 224/92⁴ do Ministério da Saúde, estabelecendo a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental, particularmente os de atenção psicossocial; e instituindo um processo rigoroso de controle e supervisão da melhoria da assistência dos serviços hospitalares.

Em dezembro deste mesmo ano, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada um marco para as amplas discussões acerca da efetivação e ampliação dos direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais. Esta Conferência, (II Conferência Nacional de Saúde Mental et al. (1994) apud Andrade (1997, p. 22)).

teve como indicador de mudança, a participação efetiva do usuário que foi responsável pelo surgimento de uma dinâmica de organização de trabalho.

Segundo Amarante, a partir desta Conferência “foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial” (AMARANTE, 2001, p.84).

⁴ ANEXO I.

No ano de 1993, no III Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial foi elaborada a Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental⁵, importante passo na constituição dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

No ano de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresentou como discussões centrais: a reorientação do modelo assistencial, o financiamento, os recursos humanos e direitos dos usuários. Esta Conferência, reafirma os pressupostos levantados na Conferência anterior, ou seja, da necessidade de criação de mecanismos concretos para a desinstitucionalização do atendimento, assim como a necessidade de restituição dos direitos pessoais dos usuários.

Após esta reflexão acerca do desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil, apresentaremos a configuração atual da referida política, na perspectiva da reorientação do modelo de atenção.

2.2.2 A Política de Saúde Mental na Perspectiva da Reorientação do Modelo de Atenção.

Em se tratando de saúde mental, é primordial entendermos o que vem a ser “transtornos mentais”.

De acordo com o Relatório Sobre Saúde no Mundo, elaborado pela Organização Pan-americana da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde et al. (2001, p. 35):

Os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas.

2.2.3 A Saúde Mental na perspectiva da desinstitucionalização.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, descrito no item anterior, foi desenvolvido sob a influência do modelo de desinstitucionalização psiquiátrica italiana. Esta proposta fundamenta, também, a atual Política de Saúde Mental

⁵ ANEXO III.

brasileira e dessa forma, considera-se pertinente maior reflexão acerca do conceito de desinstitucionalização.

Este conceito emerge nos Estados Unidos, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, em meados da década de 1960, tendo como princípios fundamentais, segundo Lougon et al. (1993) apud Amarante (1996, p. 15):

- a prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento;
- retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança;
- o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviço de saúde mental na comunidade.

Na perspectiva americana, o processo de desinstitucionalização está diretamente relacionado a objetivos administrativos, especialmente, à redução dos custos da assistência psiquiátrica para o Estado e não para uma real transformação na assistência.

Porém, é a partir da década de 1970 que a proposta de desinstitucionalização passa a adquirir destaque internacional, com a experiência italiana de desinstitucionalização.

A experiência italiana realiza uma crítica radical à psiquiatria tradicional e ao modelo manicomial, em virtude da constatação de que este modelo é antiterapêutico, tornando necessária a conversão do sistema de cuidado, através da substituição radical do hospital por serviços abertos e comunitários.

Desta forma, o processo de desinstitucionalização italiano constituiu uma referência internacional aos processos de Reforma Psiquiátrica em vários países, dentre eles, o Brasil.

Amarante (2000) em sua análise acerca do modelo nacional, entende que este, com suas práticas excludentes, homogênea, tira a individualidade dos usuários e destrói a sua identidade. Segundo a reflexão deste autor, dentro da instituição manicomial ocorre a transformação da pessoa do louco em objeto, para a qual se constrói e edifica uma série de “pré-conceitos” científicos acerca do perigo que o mesmo representa e de que a doença é irrecuperável e incompreensível.

A estratégia de desinstitucionalização, implica necessariamente a desconstrução do modelo manicomial, através da superação das formas

tradicionais de contenção, tutela e segregação, pela transformação das relações de poder entre a instituição e os usuários e seus familiares, estabelecendo uma nova forma de participação dos usuários, enquanto sujeitos dos serviços e tratamentos.

Apresentaremos a seguir, uma discussão em torno da atual Política de Saúde Mental no Brasil, que se constrói na perspectiva da desinstitucionalização.

2.2.4 O Panorama Atual da Política de Saúde Mental no Brasil.

Com a progressiva implementação do Sistema Único de Saúde, na década de 1990, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica passa a ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde como política oficial de governo, obtendo avanços significativos.

Através da criação de normas de qualificação de internação psiquiátrica e de um dispositivo de fiscalização mais eficaz, um grande número de leitos psiquiátricos inadequados às exigências mínimas de qualidade e de respeito ao usuário, foram retiradas do sistema.

A tabela abaixo demonstra a redução dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos no Brasil na última década.

Ano/Referência	1996	1999	2001*
Total de leitos	72.970	61.393	54.141

* Dados até setembro de 2001

Fonte: DATASUS/MS - Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001, p. 11).

Paralelamente à redução dos leitos psiquiátricos, foi estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar. Porém, estas redes ainda se configuram insuficientes perante a demanda em todo o país.

Apesar dos avanços no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, ainda há uma grande desproporção na distribuição de recursos com a assistência em saúde mental, em que 90% destes destinam-se ao pagamento de internações psiquiátricas em hospitais especializados, sendo que apenas 10% destinam-se à rede ambulatorial.

Ainda na perspectiva da reestruturação da assistência em Saúde Mental e da desinstitucionalização, no ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou uma portaria que prevê as regras básicas de financiamento específico para a montagem de serviços residenciais em saúde mental.

2.2.5 Dispositivos Residenciais Terapêuticos.

Os serviços residenciais representam um componente fundamental e de extrema importância no processo de desinstitucionalização psiquiátrica, na medida que objetivam evitar transinstitucionalização, isto é, o deslocamento de pacientes que vivem em hospitais psiquiátricos para outras instituições de mesma natureza, tais como os asilos, as delegacias, os reformatórios, etc; bem como evitar também a desospitalização e conseqüentemente a negligência social.

No Brasil, este processo passa a ser implementado no ano de 2000, com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, de uma portaria que determina as regras básicas e financiamento específico para a montagem dos chamados serviços residenciais terapêuticos.

Seguindo exemplos de experiências internacionais de sucesso, e também brasileiras importantes e pioneiras nos estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, os dispositivos residenciais orientam-se para a ampliação de valores de democracia, cidadania e a da dignidade da pessoa humana.

No Brasil, as modalidades de dispositivos residenciais terapêuticos estão sendo discutidas a partir da referência das modalidades de dispositivos implementados no contexto europeu. A partir da referência de Vasconcelos (2000), as modalidades do contexto europeu são as seguintes:

- **Esquemas residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar:**

As propostas mais avançadas desta modalidade de dispositivos “significam uma adaptação de alas ou do espaço interno dos hospitais para suítes, apartamentos ou casas, em que os moradores normalmente detêm a chave” (Vasconcelos, 2000, p. 116).

Geralmente, destina-se a usuários cujo histórico de permanência na instituição é longo, e que por essa razão preferem permanecer residindo no mesmo espaço.

Este espaço pode ser ocupado, também, por usuários mais dependentes ou que possuam comportamentos desafiantes, pois essa é uma modalidade que recebe supervisão e suporte de funcionários durante as 24 horas do dia, sendo esta uma de suas limitações, pois impossibilita a quebra da continuidade cultural perpassada pela instituição.

No Brasil, esta modalidade vem se efetivando como um meio de readaptação dos antigos asilos.

- **Esquemas de recolocação em famílias:**

Esta modalidade representa a alternativa de dispositivo residencial mais antiga. Na Bélgica, a experiência data do século XVIII, e se caracteriza por um sistema de famílias adotivas para adultos, as quais proporcionam moradia aos usuários recém saídos de hospitais.

Geralmente, este tipo de dispositivo é subsidiado pelo Estado, e este fator acabou mobilizando famílias pobres, pois já que receber esses usuários em suas casas tornou-se uma atividade econômica, mas que trazia em seu bojo problemas como, a falta de privacidade do usuário nas casas, não as considerando como suas; entre outros.

- **As experiências de casas coletivas:**

São experiências recentes, datando da década de 1960. Para sua implantação necessita-se de um mínimo de infra-estrutura, planejamento, seleção e preparação dos usuários e dos profissionais de saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2000), os resultados positivos que vêm sendo observados nestes tipos de experiência são o baixo índice de readmissões dos usuários nos hospitais, bem como a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

Com relação aos custos, estas experiências geralmente são equiparadas ao que se gasta nos hospitais psiquiátricos.

- **Serviços residenciais integrados:**

Estas modalidades geralmente possibilitam maior autonomia aos usuários, pois favorecem a ampliação dos contatos interpessoais dos residentes, além de proporcionar aumento da produtividade do trabalho da equipe multidisciplinar.

Portadores de vários tipos de deficiência podem ser inclusos nesses dispositivos.

- **Comunidades terapêuticas:**

São modalidades mais caras que as demais, e na maioria dos casos foram fechadas a partir da década de 1980, em função da política neoliberal globalizada.

Uma outra crítica pertinente é que estes tipos de dispositivos representam as mesmas estruturas fechadas dos manicômios, favorecendo desse modo, a permanência da segregação e da estigmatização dos usuários. Outra característica negativa é que as mesmas não efetuam questionamento acerca do saber e prática psiquiátrica.

Especificamente, a modalidade de comunidade terapêutica corresponde a “dispositivos terapêuticos e de atenção psicossocial disponíveis internamente ou acoplados diretamente ao serviço”. (Vasconcelos, 2000. P. 120).

- **Aluguéis e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias:**

Mesmo sendo a modalidade preferida pelos usuários, o aluguel apresenta sérios problemas, tais como: dificuldades no pagamento do aluguel, reclamações da vizinhança, hostilidade, solidão e falta de suporte técnico.

Para o funcionamento desta modalidade, é fundamental o suporte profissional, bem como da rede de voluntariado, que possibilite aos usuários tratar de problemas como orçamento doméstico, solidão, entre outras. Todos os tipos de dispositivos aqui apresentados representam “a base fundamental dos processos de reinserção, de aumento das trocas e oportunidades sociais e do poder contratual dos clientes” (Vasconcelos, 2000. P. 101).

Segundo Vasconcelos (2000), do ponto de vista financeiro, os dispositivos são viáveis, pois, na grande maioria dos casos, os custos são menores que os gastos em internações hospitalares, principalmente, se analisados do ponto de vista da relação presente entre o custo e a efetividade dos serviços em saúde mental.

Para os usuários, os dispositivos residenciais representam a ampliação de direitos, o resgate da cidadania e a possibilidade de fortalecimento de vínculos

interpessoais na vida diária dos mesmos, além de proporcionar condições de luta contra o preconceito existe na sociedade em relação à loucura.

Porém, na perspectiva do atual modelo de Estado influenciado pela política neoliberal⁶, que com o estreitamento e desregulamentação do Estado o processo de desinstitucionalização pode constituir-se em uma estratégia deste para se desresponsabilizar quanto à atenção ao portador de transtorno mental, já que a partir deste processo o município passa a se tornar o grande responsável pelas ações, na constituição de redes de serviços extra-hospitalares e de efetivação dos dispositivos residenciais em saúde mental.

Desta forma, o processo de desinstitucionalização deve acontecer de forma responsável, propiciando a ressocialização dos usuários de hospitais psiquiátricos e não apenas constituindo-se em um mero processo de desospitalização (desassistência).

A seguir, apresentaremos nossa fundamentação sobre cidadania e nela o recorte para o portador de transtorno mental.

2.3 A CIDADANIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.

Antes de iniciarmos a discussão em relação à cidadania e o recorte desta para o portador de transtorno mental, apresentaremos uma breve introdução do desenvolvimento dos direitos do homem.

Segundo Bobbio (1992), os direitos do homem se modificam conforme a mudança das condições históricas, ou seja, dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para que esses sejam realizados, entre outros.

Na concepção de Bobbio et al. (1992, p.32-33):

O desenvolvimento dos direitos do homem passou por três fases: num primeiro momento, afirmaram-se os direitos de liberdade, isto é, todos aqueles direitos que tendem a limitar o poder do Estado e a reservar para o indivíduo, ou para os grupos particulares, uma esfera de liberdade em relação ao Estado; num segundo momento, foram propugnados os direitos políticos, os quais, concebendo a liberdade não

⁶ Política Neoliberal: Segundo Anderson (1995) o neoliberalismo é um fenômeno distinto do simples liberalismo clássico. Nasceu após a II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Constituiu uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem estar. A política neoliberal atinge as políticas sociais, pois para recompor o Estado propõe a redução do orçamento destes, que implica em cortes nos gastos sociais.

apenas negativamente, como não-impedimento, mas positivamente, como autonomia - tiveram como conseqüência, a participação cada vez mais ampla, generalizada e freqüente, dos membros de uma comunidade no poder político (ou liberdade no Estado); finalmente foram proclamados os direitos sociais, que expressam o amadurecimento de novas exigências- podemos dizer, de novos valores - , como os de bem-estar e da igualdade não apenas formal, e que poderíamos chamar de liberdade através ou por meio do Estado.

A relação de exploração presente no modo de produção capitalista dificulta a ampliação dos direitos sociais da população de modo geral, e essa dificuldade torna-se mais acentuada em se tratando do portador de transtorno mental, que sofreu o preconceito, a exclusão e a segregação por parte da sociedade, sendo privado dos direitos básicos enquanto cidadão.

Segundo Vasconcelos (2000), a estratégia de desinstitucionalização, implica um processo de questionamento e revisão de vários conceitos e dispositivos jurídicos e legais, sobretudo os conceitos referentes aos direitos civis e políticos, principalmente aqueles relacionados à incapacidade civil, tutela e periculosidade.

O código Civil em vigor atualmente no Brasil data de 1916 e estabelece em relação à incapacidade⁷:

“Artigo 5º inciso 2 – que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, os loucos de todo gênero”;

“Artigo 12º - a possibilidade de interdição dos loucos, surdos-mudos e pródigos, desde que haja um registro público”;

“Artigo 84º - os loucos de modo geral serão representados por seus pais, tutores”;

“Artigo 142º - os loucos não podem ser testemunhas”;

“Artigo 145º - qualquer ato jurídico que seja praticado por loucos, será nulo”;

“Artigo 177º - os loucos que tiverem comportamentos inconvenientes poderão ser recolhidos a estabelecimentos especiais”;

Os artigos acima descritos deixam clara a intenção de afastar os portadores de transtorno mental do convívio social, bem como, de efetuar um rígido controle sobre um grupo de pessoas, cujo comportamento não se enquadra ao que está estabelecido como adequado.

⁷ Incapacidade: “Uma desvantagem, resultante de um impedimento ou de uma deficiência, que limita ou impede a realização de um papel considerado normal (dependendo de idade, sexo e fatores sociais e culturais) para um dado indivíduo”. (United Nations, 1983 § 6).

Através do exposto identifica-se a restrita possibilidade de reivindicações dos direitos de cidadania ao portador de transtorno mental, pois os mesmos são considerados pela legislação civil vigente como incapazes, de modo absoluto, de assumirem quaisquer responsabilidades acerca dos atos da vida civil.

O Código Civil de 1916 será substituído em 11 de janeiro de 2003 pelo novo Código Civil Brasileiro, que também estabelece a incapacidade ao doente mental e aos excepcionais.

“Artigo 3º - inciso II – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, os que, por enfermidades ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”;

“Artigo 4º - São incapazes, relativamente a certos atos, ou a maneira de exercer: Inciso II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

Inciso III – Os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo “.

Por serem considerados menos capazes de exercer os atos da vida civil, os portadores de transtornos mentais podem ser submetidos ao processo de interdição judicial, denominado curatela. Por meio deste, perdem parte de sua autonomia enquanto cidadãos e passam a ser representados por um curador, em geral pessoa de sua família; no caso de pessoas com longo período de internação psiquiátrica, com perda das referências familiares, a curatela é submetida à própria instituição.

Este procedimento de interdição é destinado a proteger o usuário, mas pode, muitas vezes, significar uma importante limitação de sua vida.

Para compreendermos a cidadania para o portador de transtorno mental, torna-se necessária uma reflexão acerca da cidadania de uma forma mais ampla.

2.3.1 Tecendo algumas considerações sobre Cidadania.

Cidadania é um termo de difícil conceituação, em função dos aspectos abrangentes que o termo adquiriu na contemporaneidade. Na atualidade, cidadania não poder ser resumida no direito pertinente a todas as pessoas de escolher representantes a concorrer a cargo público.

A idéia de cidadania surge na Idade Média. Nesse período, apenas os homens maiores de idade e proprietários de terra eram considerados cidadãos, e desse modo, a idéia de cidadania era restrita a um pequeno número de pessoas.

Durante a Idade Média a idéia de cidadania desaparece, pois o senhor feudal manda e o servo executa, não há discussão para a tomada de decisões.

Entre os séculos XV e XVIII, também chamado de Idade Moderna, o poder de decisão permanece centralizado nas mãos dos reis, é o Absolutismo. Com o surgimento dos países após o fim do feudalismo, a nobreza se une à burguesia, classe social recém criada, de quem a nobreza recebia apoio financeiro, proveniente dos altos impostos, e a quem concedia apoio político.

Com o passar do tempo, os interesses desses dois blocos de poder tornaram-se antagônicos, pois a burguesia, cada vez mais independente, sentia-se prejudicada e impossibilitada de crescer e expandir-se em razão do poder centralizador da nobreza.

Descontente e extremamente organizada, a burguesia realiza as chamadas revoluções burguesas, as quais possibilitam acabar com o Absolutismo e ascender socialmente como a classe detentora do poder.

De todas as revoluções que a burguesia realiza no século XVIII, destacamos a Revolução Francesa como uma das mais importantes, pois nesta revolução a burguesia se apropria de ideais filosóficos presentes no Iluminismo francês, principalmente àqueles relacionados à igualdade, liberdade e fraternidade, os quais possibilitaram à humanidade, pensar novamente em cidadania, sendo até hoje reconhecidos e positivados.

Porém, existe um contra-senso na relação existente entre burguesia e cidadania. Pois, a partir do século XVIII, com a efetivação do modo de produção capitalista na sociedade, a burguesia passa a sustentar-se no poder através da exploração que exerce sobre a classe proletária. É a ideologia e a alienação presente na sociedade capitalista que permitem à burguesia manter essa hegemonia como classe detentora dos meios de produção.

Neste contexto contraditório, em que o capital se faz hegemônico, o processo de defesa e ampliação dos direitos sociais é construído de forma complexa e conflituosa; onde a negociação e a luta de interesses é caracterizada por tensões entre as forças e classes sociais que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada.

Nesta perspectiva, Demo et al. (1996: 71) constrói a seguinte reflexão:

A cidadania não significa necessariamente visão funcionalista da sociedade, como se fosse possível inaugurar o consenso definitivo. Ao contrário, na unidade de contrários, o cidadão consciente sabe que vive dentro de conflito de interesses, marcados pela provisoriedade do devir. Do lado dominante, investe-se tudo na inculcação da idéia de que a ordem vigente é legítima e não deveria ser tocada, até porque os mandantes o são por “mérito”, “superioridade”, “consagração divina”, etc. É da lógica do poder conservar-se. Do lado dos desiguais, a paisagem é outra. Cidadania fundamental viceja neste lado, aquela que sabe tomar consciência das injustiças, descobre os direitos, vislumbra estratégias de reação e tenta mudar o rumo da história. Participação quer profundamente isto. Por isso, podemos dizer, sumariamente, que cidadão é o homem participante.

No processo de ampliação da cidadania, a participação assume importante papel; a partir da concepção de Bordenave et al. (1985, p.77):

a participação é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder. Quando se promove a participação deve-se aceitar o fato de que ela transformará as pessoas, antes passivas e conformistas, em pessoas ativas e críticas. Além disso, deve-se antecipar que ela ocasionará uma descentralização e distribuição do poder, antes concentrado numa autoridade ou num grupo pequeno. Se não se está disposto a dividir o poder, é melhor não iniciar um movimento de participação.

Desta forma, o processo de participação conduz a um processo de transformação das pessoas, reconduzindo-as a uma nova forma de poder. Na concepção de Foucault et al. (1985, p.XXI):

Saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo do saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber.

Torna-se importante destacar o processo de participação como categoria inerente ao processo de construção da cidadania organizada. É através da participação cidadã que se pode atingir uma melhor qualidade de vida humana. Contudo, esse é um objetivo difícil de alcançar, pois necessita da contribuição de uma série de fatores, sendo o principal deles, uma educação com qualidade, que possibilite a formação de cidadãos responsáveis e preparados para as atribuições que dele se esperam.

No Brasil, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, após um longo período de Ditadura Militar em que as pessoas não possuíam direitos e não existia a democracia. Esta Constituição Brasileira resultante de um intenso processo de reivindicação social, é também chamada de Constituição Cidadã e

representa um grande avanço na legislação, pois trás a cidadania como um de seus princípios fundamentais, princípios estes que embasam todos os artigos da Carta Magna.

Segundo Demo et al. (1996, p.70):

Cidadania é qualidade de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Trata-se de uma das conquistas mais importantes na história. No lado dos direitos, que apontam os ditos direitos humanos, que hoje nos parecem pobres, mas cuja conquista demorou milênios, e traduzem a síntese de direitos imagináveis que o homem possa ter.

Para que os direitos de cidadania sejam ampliados é necessário um intenso embate entre as forças sociais, portanto, a cidadania como categoria em constante construção, não se desenvolve em um processo linear; e desta forma, necessita de qualificação constante, que seja capaz de acompanhar o seu processo contínuo de vir a ser.

2.3.2 O movimento de cidadania para o portador de transtorno mental.

Durante um longo período da assistência psiquiátrica brasileira, os portadores de transtorno mental permaneceram segregados da sociedade, sendo recolhidos aos manicômios.

Estas instituições, até aproximadamente a década de 1980, submeterem os portadores de transtorno mental à privação de praticamente todos os direitos enquanto cidadãos. Suas vidas restringiam-se entre os muros da instituição; foram vítimas constantes de maus-tratos, punições, eletro-choques, elevadas doses de medicação; viviam aglomerados pelos pavilhões, que na maioria das instituições apresentavam condições subumanas de sobrevivência. O espaço manicomial não lhes permitia privacidade, autonomia, escolha, ou seja, as identidades eram praticamente anuladas.

As pessoas que permaneceram por um longo período de suas vidas internadas em instituições psiquiátricas, sofreram intervenções em seu processo de socialização. Segundo Johnson (1997), socialização é compreendida como processo pelo qual os indivíduos apreendem normas sociais e passam a desempenhar papéis sociais conforme as regras da sociedade. As intervenções

referidas correspondem ao controle social exercido pelas instituições psiquiátricas, que ao longo da história desenvolveram a função de retirar da sociedade os indivíduos tidos como anormais e que comprometiam o equilíbrio social.

O modelo manicomial, caracterizado acima passa a ser questionado em todo o mundo, sobretudo, a partir da década de 1980. O contexto da psiquiatria italiana foi o precursor da crítica ao paradigma psiquiátrico, e da derrubada do modelo manicomial, com o desenvolvimento de propostas de desinstitucionalização.

Segundo Amarante et al. (1996, p. 61):

... o que estava em jogo nesse cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas, discursos comprometidos com a objetivação da loucura e sua redução a doença.

A partir da experiência de desinstitucionalização italiana, vários países passaram a questionar a necessidade de mudança na atenção ao portador de transtorno mental.

No Brasil este processo de questionamento das práticas psiquiátricas, inicia-se com o já referido Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e posteriormente com o movimento de Luta Antimanicomial.

Estes movimentos desempenharam um importante papel como impulsionadores da Política de Saúde Mental, através da organização e participação nas Conferências deste setor, que centralizaram as discussões em torno da necessidade de efetivação das propostas de desinstitucionalização e da restituição e ampliação dos direitos ao portador de transtorno mental.

O autor Vasconcelos et al. (2000, p. 80), apresenta uma discussão importante acerca da ampliação dos direitos para o portador de transtorno mental:

Quando o movimento de usuários luta contra a segregação e a estigmatização do louco e pela recuperação de sua capacidade de decidir sobre os destinos de sua vida (em caso de tutela), o faz em nome dos direitos civis. Por outro lado, os movimentos sociais e particularmente os dos usuários da saúde mental, em quase todo mundo, também lutam por direitos especiais, tais como: direito a tratamento específico e suporte previdenciário definitivo e/ou provisório, durante o período de crise; serviços de atenção psicossocial; serviços residenciais; esquemas especiais de trabalho; auxílios específicos (transportes, por exemplo) etc...quando acentuamos a luta pelos direitos especiais, corremos o risco de acabar afirmando a diferença que justifica e alimenta o estigma e o tratamento "diferenciado" que a sociedade normalmente tem como louco, ou seja, despotencializamos a nossa luta

no campo dos direitos civis! Em outras palavras, estamos diante do conhecido dilema entre reivindicar cuidado e não querer controle.

Diante desta discussão, o próprio Vasconcelos et al. (2000, p. 90) entende que:

... vale a pena considerar a trilha dos ativistas dos movimentos sociais de defesa de minorias e grupos sociais dependentes, que também vem sendo adotada no campo da saúde mental: a possibilidade de apropriação da tradição histórica dos direitos humanos universais para a sistematização de princípios de direitos especiais, não universais (discriminação positiva) também na área dos direitos civis, acompanhando historicamente as reivindicações de políticas de discriminação positiva no campo social para esses grupos sociais, funcionando como uma tentativa de compensação pelas perdas no campo da liberdade e da subjetividade.

À medida que se dá a reinvenção da vida nos usuários nos processos de desinstitucionalização, torna-se necessário, a viabilização de um processo de ressocialização. Este, corresponde a um drástico processo de mudança, em que o usuário que teve grande parte de sua vida organizada em torno do modelo manicomial, com o processo de desinstitucionalização, passe a desenvolver um aprendizado e uma nova maneira de viver, com adaptação a um novo conjunto de padrões comportamentais inteiramente diferentes aos que desenvolveu na instituição psiquiátrica.

O processo de ressocialização deve estar intrinsecamente relacionado à cidadania, de forma que possibilite ao portador de transtorno mental interno o acesso aos bens produzidos pela sociedade, tais como: saúde, moradia, trabalho, sociabilidade, lazer e autonomia.

Segundo Sasaki: “autonomia é condição de domínio no ambiente físico e social, preservando ao máximo a privacidade e a dignidade da pessoa que a exerce” (SASSAKI, 1997, p. 36).

Ainda segundo Sasaki (1997), ter maior ou menor autonomia significa que a pessoa tem maior ou menor controle nos vários ambientes físicos e sociais que ela queira e ou necessite frequentar, para atingir seus objetivos.

Desta forma, o processo de ressocialização deve possibilitar ao portador de transtorno mental interno, a reconstrução de sua autonomia, que foi anulada durante o longo período de internação psiquiátrica e que é condição necessária para a efetivação da proposta de desinstitucionalização e também para a consolidação dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental.

2.3.3 O papel da instituição na ampliação dos direitos ao portador de transtorno mental.

Segundo Faleiros et al. (2001:31):

As instituições sociais são organizações específicas de política social, embora se apresentem como organismos autônomos estruturados em torno de normas e objetivos manifestos. Elas ocupam um espaço político nos meandros das relações entre Estado e a sociedade civil. Elas fazem parte da rede, do tecido social lançado pelas classes dominantes para amearhar o conjunto da sociedade.

As instituições sociais constituem-se em espaços contraditórios, pois, são organizadas como aparelho das classes dominantes para desenvolver e consolidar o consenso social necessário à sua hegemonia: “As classes dominantes necessitam do consentimento das classes dominadas para exercer sua hegemonia.” (FALEIROS, 2001, p.32).

Nesta perspectiva, as instituições sociais apresentam-se aparentemente comprometidas com o bem-estar da população, constituindo esta uma estratégia para sua aceitação perante as classes dominadas.

As reivindicações sociais repercutem em mudanças nas políticas de Estado e conseqüentemente, no interior das instituições, modificando as formas de atendimento.

No âmbito da saúde mental, a reflexão anterior nos permite compreender, que as pressões sociais desencadeadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, e pelo Movimento da Luta Antimanicomial em torno do processo de desinstitucionalização, são responsáveis por expressivas mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil.

Conseqüentemente esse processo de mudança na política rebate no interior das instituições e nas formas de atenção.

Atualmente a Política de Saúde Mental é trabalhada na perspectiva da desinstitucionalização do atendimento. Neste contexto, a equipe interdisciplinar⁸, representando a instituição, assume importante papel como agente viabilizador de direitos para o portador de transtorno mental, sendo a responsável direta pelo

⁸ Interdisciplinaridade: “entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.” (VASCONCELOS, 2000, p.47)

estímulo do processo de desinstitucionalização junto aos usuários e seus familiares, para que estes adquiram voz ativa dentro e fora dos serviços.

Na seqüência, iniciaremos a apresentação dos dados desta pesquisa.

3 CAPÍTULO II

3.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.

3.1.1 O Cenário da pesquisa.

3.1.1.1 A Saúde Mental na região de Presidente Prudente.

A DIR XVI (Direção Regional de Saúde de Presidente Prudente) está sob o âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) e é responsável pelo gerenciamento de quarenta e cinco municípios, os quais possuem mini-equipes de saúde mental em Centros de Saúde, que prestam atendimentos de atenção primária em saúde mental.

Em nível de atenção secundária, a região gerenciada pela DIR-XVI, conta com os atendimentos prestados pelo Ambulatório Regional de Saúde Mental, que realiza os atendimentos através de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Também no âmbito da atenção secundária, esta região conta com três unidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). Uma unidade está localizada no município de Dracena e corresponde ao CAPs- Álcool e Drogas e as demais unidades correspondem a CAPs- Transtornos Mentais e localizam-se nos municípios de Martinópolis e Presidente Venceslau.

No âmbito da atenção terciária, a região gerenciada pela DIR XVI conta com os atendimentos realizados nos quatro hospitais psiquiátricos da região, que somam um total de 699 leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e são os seguintes:

- Associação Adolfo Bezerra de Menezes, com 293 leitos;
- Sanatório São João, com 255 leitos;
- Hospital Allan Kardec, com 92 leitos; e
- Hospital Santa Maria de Pirapozinho com 59 leitos.

Diante do sistema regional de atenção em saúde mental, acima descrito, contextualizaremos o Hospital Santa Maria de Pirapozinho, que referencia este trabalho de conclusão de curso.

3.1.1.2 O Hospital Santa Maria de Pirapozinho como Locus de Pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso.

O Hospital Santa Maria localiza-se no município de Pirapozinho, no Estado de São Paulo, a aproximadamente 19 km de distância da cidade de Presidente Prudente. Segundo dados oficiais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), referentes ao censo demográfico realizado no ano de 2000, este município conta com uma população de 22.103 habitantes. O município de Pirapozinho é gerenciado na área da saúde, pela DIR-XVI (Direção Regional de Saúde de Presidente Prudente).

O Hospital Santa Maria está situado no centro da cidade, precisamente na Rua Tiradentes, 1.111. Foi inaugurado no dia treze de maio de 1972, como uma das respostas ao processo de descentralização do então maior hospital em modelo manicomial do país, o Hospital Juquiri, em Franco da Rocha.

O Hospital Juquiri foi criado em 1898, em Franco da Rocha, no estado de São Paulo. Inicialmente foi destinado ao atendimento de uma demanda de 800 usuários em crises agudas, em nível de psicoses. Em virtude da intensificação desta problemática social, esta instituição passou a prestar atendimento degradante àqueles que ali eram deixados. Na década de 1950, chegou a abrigar 18.000 usuários, superando sua capacidade máxima de 3.000.

A descentralização do Juquiri foi, portanto, a alternativa proposta para a superação desta grave situação, resultando na construção de vários manicômios em todo o país para receber os usuários excedentes.

Desse modo, a construção do Hospital Santa Maria foi influenciada pelo processo de descentralização do Hospital Juquiri. Desde o processo inicial, o Hospital Santa Maria caracteriza-se como uma instituição particular, inicialmente, era conveniada à Secretaria da Saúde e contava com uma estrutura para 80 leitos, cuja demanda era de usuárias do sexo feminino transferidas do Hospital Juquiri, em Franco da Rocha e do Hospital André Luís, de Garça.

Até o ano de 1980, a instituição atendeu exclusivamente as usuárias transferidas dos hospitais referidos. Grande parte destas usuárias foi transferida à instituição sem referência familiar, impossibilitando o retorno às suas famílias,

mesmo após a contratação de uma assistente social e de várias tentativas de resgate destes familiares.

Em virtude do exposto, o processo de internação destas usuárias prolongou-se por muitos anos, algumas faleceram na própria instituição, outras permanecem como usuárias residentes até os dias atuais.

O processo histórico de assistência psiquiátrica oferecida pelo Hospital Santa Maria acompanha o contexto histórico da assistência psiquiátrica em âmbito nacional. Em seus anos iniciais, na década de 1970, o tratamento oferecido pela instituição, assim como pelo sistema psiquiátrico mais amplo, era caracterizado pela segregação social; pelo atendimento massificado, com o uso de camisolas, banhos coletivos no pátio com a utilização de mangueiras; a utilização de camisa de força; quartos de contenção e um tratamento farmacológico à base de elevadas doses de medicação. O tratamento resumia-se, basicamente, à utilização de medicamentos e de instrumentais de contenção, quando as usuárias apresentavam comportamento agressivo.

“As usuárias vestiam camisolões, comprava-se muitos metros de tecido e fazia aquele uniforme, e andavam pelo pátio todas iguais”.

(Técnico entrevistado).

“A primeira vez que eu vim aqui foi um choque, todas no meio do pátio despenteadas, descalças, de camisolões. Nessa época, era assim, camisolão, banho esporádico, mas não era o Hospital que fazia isto, era o sistema de saúde que era desta forma”.

(Técnico entrevistado).

Neste momento, não havia qualquer tipo de troca social entre as usuárias e a comunidade local, pelo contrário, a população sentia-se amedrontada pela presença das usuárias e incomodada com a localização do hospital no centro da cidade.

“... quando eu era menina, tinha medo da rua do hospital, não passava por ali, pois quando acontecia de alguma delas fugir, era um apavoramento...”.

(Técnico entrevistado).

“... antes, todo mundo tinha medo do hospital, passava longe...”.

(Técnico entrevistado).

Até o ano de 1980, a equipe era formada apenas por médicos e atendentes de enfermagem, a partir deste ano foi contratada uma assistente social, e houve uma ampliação do atendimento a usuárias em crises agudas, tanto em relação aos quadros de psicoses, como de crises alcoólicas, permanecendo o perfil feminino da demanda.

Neste período cresciam as discussões e as pressões a nível nacional para a reforma psiquiátrica. Com o passar dos anos esta reforma efetivava-se e, conseqüentemente, repercutia em mudanças no Hospital Santa Maria.

Em 1992, a instituição deixa de ser conveniada com Secretaria da Saúde e passa a estabelecer convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde). Neste ano, ocorre a implantação das portarias 408/91⁹ e 224/92, que disciplinam grandes mudanças na assistência psiquiátrica hospitalar, desde mudanças no espaço físico e critérios de supervisão a patamares de serviços de melhor qualidade.

Desta forma, o Hospital Santa Maria de Pirapozinho, passa por uma grande reestruturação, com revisão da estrutura física e contratação de uma equipe técnica, que passa a compor um quadro com os seguintes profissionais: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fisioterapeuta.

Com a contratação da equipe técnica, foi elaborado, no ano de 1994, o Projeto de Ressocialização. Este objetivava promover: a inserção das usuárias, que em sua maioria vivenciava longo processo de internação psiquiátrica, em grupos sociais da comunidade; a aproximação destes grupos ao trabalho realizado pela instituição; e a reestruturação das atividades desenvolvidas pelas usuárias.

Inicialmente, a equipe técnica realizou, junto à comunidade, um trabalho de divulgação do hospital, de sua nova proposta de trabalho com as usuárias, com a intenção de desmistificar a “doença mental”.

“... fizemos divulgação através de fita de vídeo nos grupos da igreja, também fizemos divulgação através de panfletos

⁹ ANEXO II.

explicando o que era a doença mental, e entregamos estes panfletos a toda a comunidade, de porta em porta...”

(Técnico entrevistado).

Este processo de troca entre as usuárias e a comunidade não aconteceu de forma simples, inicialmente a população permaneceu receosa com a possibilidade de um maior contato com as usuárias do hospital.

“... dos grupos que começaram a visitar o hospital, algumas pessoas não entravam, diziam: tenho medo, tenho dó...”

(Técnico entrevistado).

“... quando a gente abriu para elas saírem ao comércio, algumas pessoas ligavam para a polícia dizendo que elas haviam fugido e pediam para buscá-las...”

(Técnico entrevistado).

O processo de troca entre as usuárias e a comunidade foi se intensificando através das visitas ao hospital, que se tornaram mais freqüentes.

“... até hoje existe muito receio com relação à doença mental, mais eu vejo que melhorou muito através do processo de ressocialização, pois as pessoas da comunidade visitam bastante as usuárias”

(Técnico entrevistado).

Em continuidade ao processo de ressocialização, no ano de 2000 a equipe técnica do Hospital Santa Maria inaugura o projeto Lar Abrigado.

O Hospital Santa Maria de Pirapozinho, conta hoje com um quadro de 48 funcionários, que exercem funções diversas, porém em virtude da especificidade da demanda atendida, todos desenvolvem o papel de agente terapêutico, com o objetivo de contribuir na evolução do tratamento das usuárias.

A instituição atende atualmente 59 usuárias, das quais 53 são residentes e 6 são usuárias não residentes (em processo de crise aguda). Segundo informações obtidas pela instituição, 55% das usuárias apresentam diagnóstico de deficiência mental e 45% apresentam o diagnóstico de transtorno mental.

Segundo Andrade et al. (1997, p. 33-34):

a Classificação Internacional de doenças (CID, 1975), apresenta definição das referidas doenças como:

- “Deficiência mental: grupos de transtornos nos quais a característica principal consiste num retardo específico do

desenvolvimento. Em caso particular, o desenvolvimento tem relação com a maturação biológica, mas também sofre influência de fatores não biológicos; a codificação não reflete implicações etnológicas”.

- “Transtorno mental: em que o comprometimento das funções mentais atinge a grau que interfere profundamente com a compreensão, com a capacidade de atender as exigências rotineiras da vida ou com a realidade. Não é um conceito exato ou bem definido e exclui as oligofrenias”.

A seguir apresentaremos o Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho, que constitui o foco de estudo desta pesquisa.

3.1.1.3 O Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho - Um Projeto de Moradia Ampliada e de Exercício de Cidadania.

Inaugurado em 19 de fevereiro de 2000, o Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho corresponde a um dispositivo residencial terapêutico¹⁰, na perspectiva do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Constitui-se em uma casa, anexa ao hospital, porém com acesso independente, destinado a residência de cinco usuárias que passaram por um longo período em internação psiquiátrica.

A proposta surgiu, acompanhando o processo de reforma na Política de Saúde Mental. A instituição necessitava avançar em seu processo de ressocialização, iniciado em 1994, e esta proposta constituiria uma alternativa para a descronificação das usuárias, propiciando a estas a oportunidade de retorno ao convívio social.

O processo de seleção das usuárias que participariam do projeto seguiu critérios relacionados ao grau de independência.

“... selecionamos aquelas que tinham melhores condições de se auto cuidarem, elas ficariam em um local em que deveriam fazer as coisas por si próprias e não receberem como recebiam dentro do hospital...”.

(Técnico entrevistado).

Outro critério foi o vínculo entre as próprias usuárias.

“... selecionamos as usuárias que tinham maior vínculo entre si...”.

¹⁰ discutido em item anterior (2.2.5- Dispositivos Residenciais Terapêuticos).

(Técnico entrevistado).

Uma outra preocupação da equipe foi em relação à agressividade.

“... a questão de não terem surtos agressivos, foi uma preocupação; tínhamos um pouco de medo de uma agredir a outra, sem ter a enfermagem por perto...”

(Técnico entrevistado).

Não foi estabelecido critério financeiro para a seleção das usuárias, porém todas as selecionadas recebem o Benefício de Prestação Continuada.

“... não houve critério relacionado à questão financeira, mas coincidiu de todas receberem o benefício”.

(Técnico entrevistado).

Porém, torna-se importante ressaltar que, é de extrema relevância o fato das usuárias receberem o benefício, pois é também através do acesso a este que a autonomia das usuárias torna-se possível.

Segundo informações obtidas na administração da instituição, o Lar Abrigado não é mantido financeiramente através de um convênio específico, esta manutenção é subvencionada pelo repasse financeiro referente ao convênio com o Estado de internação das usuárias do Lar. A administração financeira é realizada conjuntamente com a administração mais ampla da instituição.

Desta forma, constata-se que não há um cálculo específico do valor financeiro real que esta unidade representa para o orçamento da instituição.

3.1.2 As Personagens da Pesquisa.

- **M. H. M.** 42 anos, sexo feminino, solteira, mãe de dois filhos, tendo sido o primeiro filho entregue a uma família e o segundo, portador de deficiência mental, reside com a irmã da usuária na cidade de Piraju/SP.

Segundo relato da própria usuária, residia em Piraju/SP com os pais, onde trabalhou como empregada doméstica. Teve sua primeira internação psiquiátrica aos 15 anos, na cidade de Tupã/SP, após o nascimento de seu primeiro filho. Posteriormente teve várias outras internações, nas cidades de Ourinhos/SP, Marília/SP e Botucatu/SP.

A usuária chegou ao Hospital Santa Maria em 24/04/1985, com diagnóstico de esquizofrenia¹¹. Seu comportamento inicial era agressivo e não estabelecia vinculação com as demais usuárias da instituição.

A partir de informações obtidas na instituição, no início da internação a usuária solicitava constantemente o retorno para junto de sua família e recebia apenas visitas esporádicas de seu genitor. Com o passar dos anos, em meados da década de 1990, passou a visitar os familiares na cidade de Piraju/SP.

- **S. A. S.**, 62 anos, sexo feminino, solteira, quando questionada a respeito de filhos, prefere não responder. Segundo relatos da própria usuária, residia com a mãe em São Paulo/SP, onde trabalhou como escriturária.

Sua primeira internação psiquiátrica foi aos 29 anos, na cidade de São Paulo/SP. Segundo a usuária o motivo desta internação foi o fato de não estar se alimentando nem dormindo. Esteve internada também, nas cidades de Araras/SP, Itapira/SP e em Presidente Prudente/SP nos hospitais Allan Kardec e São João.

A usuária chegou ao Hospital Santa Maria, acompanhada de seu primo, no dia 26/12/1978, com o diagnóstico de esquizofrenia. Segundo nos relata, sua mãe não a acompanhou porque também havia sido internada no Recanto do Hospital Bezerra de Menezes¹².

A partir de informações obtidas na instituição, a usuária mantinha contatos freqüentes com a mãe, através de visitas ao Hospital Bezerra de Menezes, até o falecimento desta no ano de 2000. Não há vínculo com os demais familiares.

A usuária sempre se diferenciou das demais, mantendo postura mais reservada.

Durante o tratamento, passou a desenvolver atividade terapêutica na recepção do hospital, a qual desenvolve até os dias de hoje.

¹¹ Esquizofrenia: Esta é uma das formas mais comuns de doença mental. Nenhuma manifestação física é característica da esquizofrenia. Os sintomas mentais e emocionais dessa perturbação são graves e característicos: tendência ao isolamento e à introversão, mau contato com a realidade, incertezas, dúvidas, dificuldade de escolha, perplexidade, desarmonia no pensamento, ilogismos. (Manual do auxiliar psiquiátrico, 1977, p. 17-18).

¹² Recanto do Hospital Bezerra de Menezes: Atende idosos sem família, atualmente através de convênio com o SUS.

- **M. T. O.**, 52 anos, sexo feminino, solteira, sem filhos. Segundo relatos da própria usuária, antes de sua primeira internação, o pai já era falecido, residia com a mãe e os irmãos na cidade de Assis/SP, onde trabalhou como empregada doméstica.

Sua primeira internação ocorreu aos 22 anos em São Paulo/SP, a usuária estava acompanhada de sua tia. A respeito do motivo desta internação, relata-nos: “Fui internada porque eu chegava a cercar os homens casados; era o maior escândalo que eu fazia; era minha cabeça que falava para eu fazer aquilo” (SIC).

Segundo a usuária, esteve internada também no Hospital São João de Presidente Prudente/SP. Chegou ao Hospital Santa Maria em 01/06/1972, com diagnóstico de esquizofrenia.

Segundo informações obtidas na instituição, apresenta comportamento ansioso e característica hipocondríaca, solicitando constantemente por medicação.

A usuária relata-nos que manteve contato esporadicamente com seus familiares até 1980. Através de informações obtidas na instituição, os laços familiares foram rompidos após o comunicado à família de que a usuária receberia alta. Os familiares não retornaram mais à instituição e não deixaram referência para contato.

Atualmente, mantém contato esporádico com uma prima que reside na cidade de Narandiba/SP.

3.1.2.1 O perfil das usuárias do Lar Abrigado:

Abaixo, apresentaremos um quadro com o perfil das usuárias do Lar Abrigado.

Sexo	Feminino
Idade	Entre 42 e 62 anos
Escolaridade	Primeiro grau incompleto
Estado Civil	Solteiras
Profissão	02 Empregadas domésticas
	01 Escriturária

3.1.3 O Espaço de Construção da Cidadania.

Neste item discutiremos a importância dos sujeitos envolvidos na implementação do Lar Abrigado, descrevendo o processo de reconstrução da autonomia, através da apropriação do poder pelas usuárias, e pela participação destas no que se refere a sua própria saúde; moradia; atividade ocupacional; lazer; relacionamento entre as próprias moradoras, com as demais usuárias da instituição, com a comunidade e com a família; aspectos que estão diretamente relacionados ao processo de ampliação dos direitos enquanto cidadãs.

Os atores envolvidos no processo de implementação do Lar Abrigado:

A equipe técnica do Hospital Santa Maria, assim como os demais funcionários da instituição, desenvolveram papel de destaque no processo de implementação do Lar Abrigado. Através da elaboração, assim como, da implantação do projeto, deve ser destacado o empenho destes profissionais na adaptação do hospital à nova Política de Saúde Mental.

“... se não houvesse o trabalho, a proposta da equipe, o projeto não teria acontecido...”

(Técnico entrevistado).

“... foi fundamental a iniciativa da equipe no processo do Lar Abrigado”.

(Técnico entrevistado).

O processo de implementação do Lar Abrigado foi permeado por medos e ansiedades por parte das usuárias, pois no início, algumas se mostraram resistentes à proposta:

“Eu me apavorei, porque depois de tantos anos era uma experiência muito diferente”.

(Usuária entrevistada).

“Eu fiquei assim, meio lá, meio cá, mas depois eu gostei”.

(Usuária entrevistada).

“No primeiro momento foi muito sofrido. Também elas tinham vinte e poucos anos de cuidados sem se responsabilizarem por coisa alguma”.

(Técnico entrevistado).

“... a preocupação delas era perder as atividades que exerciam no hospital; o que elas estariam perdendo indo para o Lar”.

(Técnico entrevistado).

“... vieram os surtos, até para se defenderem, para não irem para o Lar”.

(Técnico entrevistado).

“Elas achavam que ficariam isoladas por completo”.

(Técnico entrevistado).

“A dificuldade mais comum, foi o medo do novo, de enfrentarem sozinhas o dia-a-dia, o que gerou ansiedade e insegurança...”.

(Técnico entrevistado).

Desta forma, o suporte da equipe técnica foi essencial, desde o momento inicial, com a preparação das usuárias, como também no período de adaptação ao novo lar, pois as usuárias deixariam os longos anos de internação psiquiátrica, com a cultura institucional já edificada e passariam a construir o seu próprio espaço.

“Foram preparadas através de grupos operativos e grupos terapêuticos: o Serviço Social trabalhava a vinculação social; a Psicologia trabalhava as angústias e ansiedades para encarar este novo momento; a Terapia Ocupacional trabalhava com a preparação do ambiente e atividades; a Enfermagem orientava em relação ao uso da medicação”.

(Técnico entrevistado).

“Nos grupos foram trabalhados aspectos de como seria a rotina no lar, a questão da alimentação, das compras, do poder sair, a administração do dinheiro. Cada técnico trabalhava com o seu viés, com o seu olhar, mas todos no sentido de que elas poderiam contar com nosso suporte, mesmo morando sozinhas”.

(Técnico entrevistado).

A partir do momento em que passaram a viver no Lar, houve modificação na realização das atividades terapêuticas. Os grupos, os atendimentos individuais, os atendimentos clínicos e psiquiátricos, passaram a ser realizados na

própria casa. Neste processo do Lar Abrigado, foi necessário um acompanhamento técnico constante, pois a partir da convivência entre as usuárias em um novo ambiente, começava um processo de ressocialização, pois as usuárias necessitariam aprender uma nova forma de viver, inteiramente diferente daquela que anteriormente desenvolviam na instituição.

Neste processo de transformação do modo de viver, surgiram as dificuldades, os conflitos que foram trabalhados pela equipe técnica de forma que as usuárias fossem se adaptando a sua nova vida.

“... elas não tinham noção de horário para fazer as atividades, levantavam de madrugada para lavar roupas...”.

(Técnico entrevistado).

“... também a questão da alimentação; com a liberdade de fazer o que queriam, cozinham um exagero de comida, o que acontece até hoje. Mesmo tendo sido trabalhado nos grupos, percebemos que ainda faltava muito.”

(Técnico entrevistado).

“O atendimento psicológico é realizado pelo mesmo técnico, dessa forma existe um conflito relacionado à concorrência entre as usuárias pela atenção do mesmo”.

(Técnico entrevistado).

Diante das dificuldades e dos conflitos que foram surgindo, a equipe técnica desempenhou papel fundamental para a continuidade do processo de adaptação.

A autonomia enquanto apropriação do poder.

O processo de ressocialização deve propiciar ao usuário com longo histórico de internação psiquiátrica, o resgate de seu poder pessoal, ou seja, de sua autonomia para decidir sobre sua vida, sem que dependa de outras pessoas, já que, ao longo do processo de internação esteve privado destes aspectos, que são primordiais ao exercício de cidadania.

Nessa perspectiva, o Lar Abrigado como instrumento no processo de ressocialização, deve oportunizar ao seu usuário, condições de organizar sua vida a partir de suas escolhas e opiniões, reconstruindo sua identidade de forma que se sinta parte da sociedade.

A partir da preparação das usuárias para viverem no Lar, o processo de construção da autonomia destas deu um salto qualitativo em relação ao processo já iniciado no hospital, com a possibilidade de poder estabelecer o controle sobre sua vida, seu espaço, sua individualidade; o que representou uma grande conquista diante do longo período em que foram privadas das mínimas possibilidades de escolhas. O Lar é a sua casa, seu espaço de privacidade, de seu controle.

“Elas participaram da organização da casa. Participaram de tudo, saíram para escolherem a cor da tinta, a cortina, o sofá; tudo foi escolhido por elas.”

(Técnico entrevistado).

“... eu gostei bastante de ajudar a escolher as coisas para o Lar; ajudei a escolher a tinta, as cortinas...”

(Usuária entrevistada).

“A gente escolheu a cor da tinta, as cortinas, o enxoval, a máquina de lavar, foi muito bom. Seria comprado um tanquinho, mas eu pedi a máquina...”

(Usuária entrevistada).

“... arrumei o enxoval, os guardanapos, comecei a arrumar as roupas de cama para fazer o meu cantinho, foi bom”.

(Usuária entrevistada).

Os primeiros momentos de vivência no Lar já demonstravam que as usuárias estavam desenvolvendo maior iniciativa, readquirindo habilidades.

“... comecei a fazer o almoço e o jantar, dá um pouco de trabalho, mas posso fazer do jeito que eu gosto...”

(Usuária entrevistada).

“... agora a gente come o que tem mais vontade de comer, a gente faz o que a gente gosta”.

(Usuária entrevistada).

“Eu não sabia ligar o fogão, tinha medo, não sabia fazer café, agora eu sei tudo, tudo, até o forno”.

(Usuária entrevistada).

“Às vezes elas vão almoçar no restaurante aqui perto, já estão desenvolvendo uma iniciativa”.

(Técnico entrevistado).

“... no Lar, cada uma tem seu lado de questionar as situações em relação às suas próprias desavenças. Cada uma quer ocupar o seu espaço, está acontecendo o desenvolvimento da autonomia...”

(Técnico entrevistado).

Diante dos dados obtidos, pôde ser verificado que as usuárias estão seguindo em direção à ampliação de sua autonomia, pois diante dos longos anos de internação psiquiátrica estão retomando o controle de suas vidas.

Tratando-se de autonomia, consideramos importante a reflexão em relação à liberdade, pois são aspectos intrinsecamente relacionados.

“Em seu sentido mais geral, o termo liberdade designa o estado de ser livre ou de estar em liberdade, de não estar sobre o controle de outrem, de estar desimpedido, de não sofrer restrições e nem imposições”. (NETTO, 1987, p. 689).

Através de dados obtidos em prontuários técnicos das usuárias entrevistadas, relacionado ao desejo destas de sair, de retornar a casa, foi evidenciado a questão da liberdade, sendo uma fala constante em vários momentos, durante a internação.

Diante das mudanças que foram identificadas no decorrer da implementação do Lar Abrigado, as usuárias referem-se à liberdade como uma questão conquistada.

“Liberdade é isso que eu estou tendo agora”.

(Usuária entrevistada).

“Aqui a gente tem mais liberdade, pode comprar o que precisa”.

(Usuária entrevistada).

“Ter liberdade é ser livre, eu me sinto uma pessoa livre”.

(Usuária entrevistada).

Diante das falas acima, pudemos identificar a importância dada pelas usuárias à liberdade adquirida através do Lar Abrigado, pois a partir da ida para este, puderam conhecer uma nova forma de viver, totalmente oposta àquela que vivenciaram no hospital até o início da década de 1990, até este momento, o

sistema restringia qualquer possibilidade de liberdade ao portador de transtorno mental interno.

Devemos destacar que há uma relação intrínseca entre liberdade e cidadania. Esta última, constitui-se como um dos princípios fundamentais da Constituição Federal Brasileira de 1988, que garante, também, a inviolabilidade do direito à liberdade a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país.

A participação das usuárias na reorganização de suas vidas.

Segundo Bordenave (1985), a participação é um processo que possibilita a transformação das pessoas, pois estas passam a se constituírem agentes ativos através da aquisição do poder.

Pelo que já foi apresentado em relação à nova possibilidade de escolhas e decisões, as usuárias estão adquirindo maior espaço de participação em vários aspectos de suas vidas; os quais apresentaremos a seguir:

- **Na vida da comunidade:**

Até meados da década de 1990, os usuários de instituições psiquiátricas foram vítimas do estigma imposto pelo sistema manicomial, e do preconceito por parte da sociedade, sendo segregado do convívio com esta.

Os projetos na perspectiva de ressocialização devem possibilitar a esses usuários, que permaneceram muitos anos excluídos do convívio social, a oportunidade de viverem em sociedade, de forma que se sintam parte desta.

As usuárias do Hospital Santa Maria já estabelecem um contato com a comunidade local, especialmente através do comércio e de visitas dos grupos da comunidade à instituição. O processo de aproximação das usuárias à comunidade iniciou-se a partir da implantação do projeto de ressocialização, em 1994.

No caso específico das usuárias do Lar Abrigado, este contato foi intensificado pela liberdade de ir e vir e pela necessidade de reposição dos produtos da casa.

“Eu já saía antes, mas depois do lar, passei a ir à quitanda, mercado, açougue, banco, com mais freqüência; assim a gente tem mais contato com as pessoas; o contato com a comunidade melhorou”.

(Usuária entrevistada).

“Eu fiquei quase 30 anos dentro do hospital, agora no lar, é muito bom porque eu saio para comprar alguma coisa que eu preciso, vejo as pessoas...”.

(Usuária entrevistada).

“O contato com a comunidade mudou, está melhor agora”.

(Usuária entrevistada).

Através dos registros nos prontuários técnicos, referente ao período anterior ao Lar Abrigado, pôde ser verificado que as usuárias manifestavam o desejo de receber o Benefício de Prestação Continuada/LOAS. A viabilização deste para as usuárias do Lar, foi fundamental para a ampliação da autonomia destas, através do poder de compra adquirido. O benefício tornou possível a participação das usuárias em atividades como: excursões, idas à lanchonete e a restaurantes, entre outros, possibilitando maior contato com a comunidade.

Pelas próximas falas podemos identificar que, com o desenvolvimento do processo de sociabilidade entre as usuárias e comunidade local, estas passam a sentir-se parte integrante da mesma.

“... acho que as pessoas da comunidade vêem a gente com outros olhos, depois do lar...”.

(Usuária entrevistada).

“... elas se colocam como se estivessem mais próximas da comunidade, até porque convivem mais com a comunidade; a M.H., por exemplo, participa de excursões...”.

(Técnico entrevistado).

“Uma das usuárias faz hidroginástica na academia, convive junto com os outros moradores, dividindo o espaço da cidade”.

(Técnico entrevistado).

“As usuárias recuperaram a auto-estima, sentimento de valia; e atualmente sentem-se como quaisquer membros da comunidade...”.

(Técnico entrevistado).

Nesta perspectiva de sociabilidade, as moradoras do Lar Abrigado, assim como as demais usuárias da instituição, passaram a utilizar recursos da comunidade, como o Centro de Saúde, o que contribuiu para efetivar a aproximação destas com os demais moradores da cidade.

- **Saúde:**

“Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (NETTO, 1987, p.1100).

O conceito citado acima foi elaborado no ano de 1948, tornando-se uma diretriz internacional para este segmento.

No Brasil, o conceito de saúde foi ampliado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo compreendida segundo Cruz (1999), como resultante das condições de vários fatores, dentre os quais podemos destacar: alimentação, educação, renda, trabalho, lazer, liberdade, acesso à saúde, entre outros.

Segundo Cohn (2001), a partir da Constituição Federal promulgada em 1988, a saúde passa a ser contemplada como um direito social e dever do Estado.

Com a implantação do Lar Abrigado, as usuárias passaram a ter maior participação e responsabilidade no que diz respeito a sua própria saúde.

Em relação a este aspecto, as usuárias apontam que:

“Aqui no lar a gente fica mais tranqüila, mais calma. Só que foi morando aqui que eu tive o derrame”.

(Usuária entrevistada).

“Acho que aqui no lar, minha saúde continua igual antes”.

(Usuária entrevistada).

“A saúde melhorou, aqui eu estou mais feliz”.

(Usuária entrevistada).

A partir das entrevistas com os técnicos, verificamos que com o controle alimentar realizado pelas próprias usuárias, apareceram alguns problemas:

“... elas engordaram bastante, podendo fazer o que queriam, comiam demais, não conseguiam controlar...”.

(Técnico entrevistado).

“... mesmo com a orientação da nutricionista, esta questão ainda não foi totalmente resolvida”.

(Técnico entrevistado).

Com a alimentação irregular, uma das usuárias, que é hipertensa, sofreu o início de A. V. C. (Acidente Vascular Cerebral); e passou a receber maior controle alimentar.

Em relação à saúde, também foi identificado:

“... melhora do comportamento e diminuição das queixas”.

(Técnico entrevistado).

Outro aspecto importante foi a diminuição da medicação, que também pôde ser identificado através dos registros nos prontuários técnicos das usuárias. Este aspecto também pôde ser evidenciado nas falas dos técnicos e das usuárias.

“Foi alterada a medicação, suspensos alguns medicamentos e outros trocados por medicação mais leve e com menor efeito colateral.”

(Técnico entrevistado).

“A medicação mudou, diminuiu, só estou tomando à noite, antes eu tomava os três horários: manhã, tarde e noite”.

(Usuária entrevistada).

“Olha, teve uma época que teve muito medicamento, mas diminuiu bastante”.

(Usuária entrevistada).

Pelo que foi mencionado, identificamos que com o Lar Abrigado, houve alterações positivas e negativas em relação à saúde das usuárias. Podemos destacar como alterações positivas, a redução da medicação e também, como a demonstra a fala de um dos técnicos e das usuárias, estas se apresentam mais tranqüilas, houve melhora no comportamento e diminuição nas queixas.

O aspecto negativo está relacionado à dificuldade quanto ao controle da alimentação, que é realizado pelas próprias usuárias, o que ocasionou obesidade e o início de A.V.C. (Acidente Vascular Cerebral) entre estas.

- **Atividade Ocupacional:**

Em relação à atividade ocupacional, uma das usuárias realiza a mesma atividade que realizava anteriormente ao Lar Abrigado,

“... a usuária S. continua com as atividades na recepção do hospital...”.

(Técnico entrevistado).

“Continuo ajudando na recepção, pra mim é melhor, já que por causa do derrame eu não posso ajudar muito com as coisas na casa”.

(Usuária entrevistada).

Com o Lar Abrigado, as usuárias passaram a desenvolver atividades ocupacionais relacionadas à rotina doméstica, sendo que uma delas participa esporadicamente das atividades da Oficina Terapêutica GRIVIDA¹³.

“Eu levanto cedo, arrumo a cama, limpo o fogão, limpo a pia, lavo tudo, a M. H. faz o almoço, eu arrumo a cozinha da noite também”.

(Usuária entrevistada).

“... faço o almoço, ajudo a M. T. a lavar a louça e às vezes, à tarde, faço atividade na GRIVIDA, depois faço o jantar...”.

(Usuária entrevistada).

As atividades ocupacionais desenvolvidas pelas usuárias descritas anteriormente, não podem ser caracterizadas como trabalho.

Apesar de terem acesso à atividade promovida pela Oficina Terapêutica GRIVIDA, que desenvolve atividades terapêuticas com venda da produção dos usuários e possibilidade de alguma remuneração, apenas uma usuária participa de modo esporádico, conforme já citado. Quanto às demais, não há interesse em participar das atividades, apesar de serem estimuladas pela equipe.

A partir da análise de que existe o acesso porém não existe o interesse, identificamos que as usuárias do Lar Abrigado exercem seu poder de escolha, participando ou não das atividades.

- **Lazer:**

Segundo Almeida et al. (2001, p. 35):

O lazer é uma forma de estimulação física, psíquica e social, sendo estas, formas eficazes de alcançar a qualidade de vida. Esta estimulação possibilita manter em atividade a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos.

¹³ Oficina Terapêutica GRIVIDA: Organização não Governamental que desenvolve atividades terapêuticas com os usuários dos serviços de saúde mental do município.

As usuárias entrevistadas associam o lazer a possibilidade de realizar passeios.

“O lazer são os passeios; eu vou à lanchonete, à sorveteria, à praça”.

(Usuária entrevistada).

“Lazer é fazer passeios, se distrair. Eu saio bastante, vou à sorveteria, vou à praça...”.

(Usuária entrevistada).

“Lazer é sair, passear. Eu vou a hidroginástica, participo de excursões. Já fui para Aparecida do Norte, Camboriú, Campos do Jordão, Santo Expedito...”.

(Usuária entrevistada).

Nesse processo de ressocialização, o lazer adquire papel fundamental. A prática deste, pode melhorar o desempenho de vários outros aspectos, como: saúde, a motivação e a auto-estima. É importante destacar, que a prática do lazer também contribui para maior interação entre as usuárias e a comunidade.

- **Relacionamento entre as companheiras do Lar Abrigado:**

Em razão do convívio diário, da necessidade de compartilhar decisões, tarefas, as usuárias passaram a estabelecer maior vinculação entre si.

“Elas ficaram muito mais integradas entre si, passou a ter divisão de dinheiro, de tarefas...”.

(Técnico entrevistado).

“Morando juntas, a gente tem mais contato...”.

(Usuária entrevistada).

“O contato com elas melhorou, só às vezes que dá umas desavenças”.

(Usuária entrevistada).

“O contato com elas aumentou”.

(Usuária entrevistada).

- **Relacionamento com as demais usuárias da instituição:**

Segundo informações obtidas com os técnicos entrevistados, pelo fato de não estarem mais vivendo no hospital, as usuárias do Lar distanciaram-se das demais usuárias da instituição.

“... elas se desvincularam um pouco”.

(Técnico entrevistado).

“... elas entram no hospital, mas não se relacionam muito com as demais usuárias”.

(Técnico entrevistado).

Na concepção de duas das usuárias entrevistadas, não houve grandes mudanças referentes ao relacionamento com as demais usuárias da instituição.

“Acho que o relacionamento com as outras usuárias continua igual”.

(Usuária entrevistada).

“Com as outras usuárias não mudou muito, diminuiu só um pouco, eu sempre vejo elas”.

(Usuária entrevistada).

Para a outra usuária entrevistada, mesmo antes da ida para o Lar esta apresentava dificuldades em se aproximar das demais usuárias da instituição. Para ela, o distanciamento possibilitado pelo Lar trouxe maior tranquilidade.

“Aqui no Lar, a gente vive mais calma, vive um ambiente calmo, a gente se dá bem. Lá no hospital eu vivia apavorada, eu tinha medo delas...”.

(Usuária entrevistada).

- **Família:**

No processo de ampliação da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, a participação da família é fundamental.

Segundo Pereira et al. (2000, p. 253):

A presença do familiar portador de transtorno mental em casa aumenta a responsabilidade dos familiares sobre seu tratamento, bem como a quantidade de cuidados a serem tomados com aquele, isto é, produz um forte impacto na família.

Devido ao grande impacto causado pela presença do familiar portador de transtorno mental em casa, a família deste, na grande maioria das vezes, prefere deixá-lo sob os cuidados e responsabilidades da instituição, afastando-se e eximindo-se das responsabilidades.

Em relação às usuárias do Lar Abrigado, verificou-se que o rompimento dos vínculos familiares aconteceu desse modo.

Conforme citado no item anterior, apenas uma usuária estabelece contatos esporádicos com seus familiares, através de contato telefônico e de viagens à cidade de origem.

“Às vezes falo com eles por telefone e viajo para a casa da minha família”.

(Usuária entrevistada).

As demais possuem os vínculos familiares rompidos; aspecto que pode ser identificado em suas próprias falas:

“Eu não tenho nenhum contato com meus irmãos...”.

(Usuária entrevistada).

“... minha mãe faleceu há pouco tempo, mas com meus outros familiares não tenho contato, é preconceito mesmo”.

(Usuária entrevistada).

A partir desta última fala, percebemos que a própria usuária entende que seus familiares sentem preconceito em relação a ela e a sua doença.

No caso específico desta pesquisa, pudemos perceber que o processo de construção da cidadania das usuárias referidas, esbarra em uma questão que merece destaque, a não participação da família, ou mais especificamente, a perda do vínculo familiar.

Diante do que foi apresentado, consideramos importante destacar a fala do técnico que representa a saúde do município nesta pesquisa,

“Como forma de desmistificar o estigma da doença mental, considero o Lar Abrigado algo que vem de encontro aos Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental, enfocando como prioridades, a participação, integração e liberdade. Observo que, tanto os Lares Abrigados, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Núcleos de Atenção Psicossocial, oferecem aos seus usuários, integração social e não exclusão; conduzindo a própria comunidade a repensar suas atitudes frente à saúde mental...”.

(Técnico representante da saúde municipal).

Todas as mudanças descritas, o resgate do sentido da liberdade, da autonomia, do poder escolher; a maior participação nos vários aspectos de sua vida como: saúde, alimentação, lazer, entre outros, nos remete a pensar o Lar

Abrigado como importante meio no processo de construção da cidadania para suas usuárias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital psiquiátrico sempre foi caracterizado como instituição responsável pela segregação dos seus usuários ao convívio social, onde estes foram privados da possibilidade de escolhas, da individualidade, da privacidade, da autonomia, enfim, privados dos direitos básicos enquanto cidadãos.

Diante deste contexto, a atual Política de Saúde Mental, na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica, está sendo direcionada ao resgate da cidadania de seus usuários, com a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre os quais, focalizamos os dispositivos residenciais terapêuticos, tomando como referência o Lar Abrigado do Hospital Santa Maria de Pirapozinho.

O presente trabalho procurou focar a possibilidade de ampliação dos direitos das usuárias do Lar Abrigado e das oportunidades e trocas sociais.

Foi constatada a importância da equipe técnica do Hospital Santa Maria durante todo o processo de desenvolvimento do Lar Abrigado, desde a elaboração a sua implementação, com constante suporte às usuárias, que com esta proposta de ressocialização, tiveram uma intensa transformação em seu modo de vida.

As mudanças foram se apresentando cotidianamente, transformando a realidade e propiciando às usuárias nova possibilidade de escolhas, decisões, o resgate da autonomia, liberdade, enfim, a responsabilidade por suas próprias vidas.

A partir dessas novas responsabilidades apresentaram-se as dificuldades na administração da casa e no controle alimentar, que teve grande interferência na saúde das usuárias, com o aspecto da obesidade e a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral em uma das usuárias.

Foram verificadas mudanças qualitativas em relação ao contato com a comunidade, através da intensificação das saídas ao comércio, passeios, viagens e a realização de atividades em conjunto com outros membros da comunidade, tais como, a hidroginástica e o atendimento no Centro de Saúde.

A intensificação deste contato teve como fator preponderante, o recebimento do Benefício de Prestação Continuada, sem o qual não seria possível a realização de atividades que envolvem custos, tais como as referidas anteriormente.

Através desta pesquisa não foi possível identificar o quanto representa financeiramente para a instituição a execução do projeto, pois não foram estabelecidos parâmetros para o cálculo dos custos, sendo estes contabilizados juntamente com os demais custos da instituição.

No processo de ampliação dos direitos das usuárias do Lar Abrigado, uma questão permanece comprometida, a participação da família. Foi constatado o rompimento dos vínculos familiares de duas das usuárias. Quanto à terceira, mesmo com contatos esporádicos com seus familiares, estes não participaram da evolução do tratamento. Um importante aspecto precisa ser destacado, a responsabilidade por parte de todos os envolvidos, o Estado, a instituição e a família das usuárias no processo de rompimento dos vínculos.

No contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, torna-se necessária uma reflexão sobre os rebatimentos da política neoliberal na Saúde Mental, pois com a desregulamentação do Estado, corre-se o risco dos usuários de serviços internos serem desassistidos sem que haja uma estrutura suficientemente preparada para recebê-los

Devemos salientar a importância da instituição e do Estado no processo de continuidade da proposta de desinstitucionalização. O Estado deve responsabilizar-se até o fim pelo planejamento das propostas nesta perspectiva; devendo a instituição, acompanhar suas usuárias oferecendo a estas o respaldo necessário para que o processo de mudança ocorra satisfatoriamente.

Desse modo, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica deve propiciar aos usuários a garantia da assistência com qualidade e respeito aos seus direitos enquanto cidadãos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. 5. ed. Rio de Janeiro: PAZ E TERRA, 1995, cap. 1. p. 9-34.

ANDRADE, Patrícia R.; NOGUEIRA, Márcia dos S. **Uma proposta de intervenção frente à conquista da cidadania e emancipação dos usuários do Hospital Santa Maria de Pirapozinho**. 1997. Monografia (apresentada como exigência para obtenção do título de Assistente Social). Instituição Toledo de Ensino, Faculdade de Serviço Social, Presidente Prudente.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção primeiros passos).

BOTTOMORE, Tom; OUTHWAITE, William (Ed.). **Dicionário do pensamento social do século XX**. Trad. de Eduardo Francisco Alves e Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

BRASIL. **Código civil**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 29. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2002. (Coleção Saraiva de legislação).

BRASIL. **Novo código civil e legislação extravagante anotados**. Nelson Nery Junior e Rosa Maria de Andrade Nery. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental 1990-2001**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência a Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: caderno informativo. Brasília, 2001.

BUENO, Cláudia Renata da Silva; GARCIA, Ana Paula Teixeira; SILVA, Elisângela Andrade Mesquita da; VASCONCELOS, Vanessa Cristina de; VISNADI, Ana Paula. **Aprendendo a trilhar um novo caminho**. 2001. Monografia (apresentada como exigência para obtenção do título de Assistente Social). Associação Educacional Toledo, Faculdade de Serviço Social, Presidente Prudente.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. Ed. rev. e atual. Por Helena Bonito C. Pereira, Rena Singer. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

CARDOSO, Fernando H; IANNI, Otávio (Org.). **Homem e sociedade**: leituras básicas de sociologia geral. 14. ed. São Paulo: Nacional, 1984.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. 6ª Região/SP. **Trancar não é tratar**: Liberdade o melhor remédio. São Paulo, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. (Org). **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

CRUZ, Lúcia H. Aleixo; NASCIMENTO, Ana P. Bassaga; OLIVEIRA, Miriam Cristiane; PEREIRA, Vanessa Junqui; SCARELLI, Dulcinéia Cabreira. **A importância da família no tratamento da pessoa com transtorno mental**. 1999. Monografia (apresentada como exigência para obtenção do título de Assistente Social). Instituição Toledo de Ensino, Faculdade de Serviço Social, Presidente Prudente.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In. Capacitação em serviço social e política social: módulo 3: **Política social**. Brasília, 2000, cap. II. p.43-75.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. e trad. de Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GUEIROS, Maria J. Galvão. **Serviço social e cidadania**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

Hospital das Clínicas. **Manual do auxiliar psiquiátrico**. 5. ed. São Paulo, 1977.

JOHNSON, Allan G. **Guia prático de linguagem sociológica**. Trad. de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Metodologia de trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2001. (Coleção primeiros passos).

MARSIGLIA, Regina Giffoni et al. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Ed. Mandacaru, 1987.

MEKSENAS, Paulo. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo: Cortez, 2002.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica de pesquisa popular**. Trad. de Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção nova esperança.** 2001.

SASSAKI, Romeo Kazumi. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA, Benedito (Coord.) et al. **Dicionário de ciências sociais.** Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Documentação. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1987.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995. (Pensamento Social e Saúde).

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (org.). **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social.** São Paulo: Cortez, 1992. (Coleção Polêmicas do nosso tempo).

A SAÚDE mental numa perspectiva de saúde pública: a experiência de sintra. Disponível em: <<http://www.alass.org/es/epistula/epistula-33-1.htm>>. Acesso em 24 ago. 2002.

CIDADANIA. Disponível em: <<http://www.webciencia.com>> acesso em 30 ago. 2002.

FÓRUM de Saúde Mental debate reforma psiquiátrica. Disponível em: <<http://www.metropolitanos.com.br/saúde.php>>__ acesso em 24 ago. 2002.

OS RISCOS da autonomia. Disponível em: <<http://saude.inf.br/riscos.htm>>. Acesso em 17 jan. 2002.

REFORMA psiquiátrica. Bem-estar e cidadania. Disponível em: <<http://www.pelavida.org.br/public3.htm>>. Acesso em 30 ago. 2002.

REPERCUSSÕES no Brasil sobre a saúde da população e o sistema único de saúde. Disponível em: <<http://alass.org/es/epistula/epistula-24-25-1.htm>>. Acesso em 24 ago. 2002.