



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO SERVIÇO SOCIAL

RAÍSSA DOS SANTOS ROCHA

**PARTICULARIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE
SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE
(UCP/SE)**

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2023

RAÍSSA DOS SANTOS ROCHA

**PARTICULARIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE
SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE
(UCP/SE)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof. Dra. Yanne Angelim Dias.

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2023

RAÍSSA DOS SANTOS ROCHA

PARTICULARIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE (UCP/SE)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof. Dra. Yanne Angelim Dias.

Aprovada em 19 de Outubro de 2023

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Yanne Angelim Dias

(Orientadora)

Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr. Paulo Félix dos Santos

Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr.^a Carla Alessandra Nunes

Universidade Federal de Sergipe

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2023

AGRADECIMENTOS

A princípio agradeço a Jeová Deus, que me deu forças e saúde ao longo do processo de formação e conclusão deste trabalho, tendo em vista as várias noites de cansaço e mal dormidas. Obrigada, Jeová Deus, sei muito bem que se consegui foi por causa da força do seu espírito santo. Gratidão!

Muita Gratidão aos meus pais, Tereza Rachel e Paulo Durans, pois sei todo amor e esforço que fizeram (e fazem!) desde que nasci para que eu tenha o acesso à educação de qualidade e para o meu crescimento como Mulher e Profissional. Gratidão pelo incentivo e apoio ao longo do processo de formação e a conclusão com este trabalho. Agradeço também ao meu irmão Vinícios e cunhada Dani pelo incentivo. Gratidão a toda a minha família, minhas Tia Cláudia, Tia Bela, Tia Isadora, Tio Júnior que estiveram nesse processo direta e indiretamente. Amo vocês!

Agradeço muito a Vera Maria, minha supervisora de estágio e que o vínculo afetivo foi para além do campo de estágio, pois ao longo de 02 anos de estágio me fez amar a profissão e o espaço de estágio. Gratidão também pelo incentivo e compreensão nos momentos que foi necessário ausentar-se do estágio para dedicação desse trabalho e está ao meu lado ao longo desse processo. Seu exemplo de profissional competente e comprometida com o exercício profissional, apesar das grandes dificuldades que surgem no ambiente de trabalho, foram importantes para germinação do amor que sinto pela profissão.

Muita Gratidão a todos(as) os profissionais da Unidade de Custódia Psiquiátrica envolvidos nesse processo, que com certeza foram fundamentais para a escolha do tema. A experiência de estágio me proporcionou um amor e compromisso pelos usuários e profissão. Agradeço muito por tamanho acolhimento e incentivo que recebi por parte de toda a equipe, a exemplo de Edjane, Éden, Augusto, Jean, Vera, Karla, Ana Paula, Cláudia, Sidney, Cláudio, Márcio, Aparecida, Raquel; enfim a toda a equipe do Administrativo, Psicossocial e Policiais Penais. Para além disso, a todas as estagiárias da UCP que estiveram junto comigo na realização de atividades e contribuíram nesse processo, a exemplo Nery, Noemi, Myrlah, Ludmila, Daniele, Heloísa, Simone e Carol. Gratidão!

Gratidão a toda a equipe do Projeto Pescando Memórias, fundador Givanildo e coordenadora Isabela, que deram todo o incentivo e apoio para a conclusão desse estudo e com certeza contribuição para o meu fazer profissional, tendo em vista todas as atividades que contribuí junto a este Projeto na garantia de direitos a crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência doméstica.

Agradeço também a minha orientadora Yanne, por está comigo nesse processo e tornar tudo tão leve, mesmo em momentos em que achava que não iria conseguir. Gratidão a todo o conhecimento compartilhado e pela orientação tranquila.

Enfim, Gratidão a todos(as) que participaram direta ou indiretamente do desenvolvimento deste estudo e apoio!

RESUMO

O presente estudo trata do exercício profissional de assistentes sociais no campo sócio-jurídico. O incentivo para a pesquisa emergiu da experiência de estágio supervisionado no setor de Serviço Social da Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE). A pesquisa teve como objetivo geral analisar as particularidades do exercício profissional da/o assistente social na UCP/SE. Tomamos como objetivos específicos: analisar a finalidade posta pelas/os assistentes sociais ao seu exercício profissional na UCP/SE e sua possível relação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a reforma psiquiátrica; conhecer as atividades desenvolvidas pelas/os assistentes sociais na UCP/SE e principais instrumentos para sua realização. A pesquisa possui natureza exploratória de caráter qualitativo, com procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Seus resultados foram organizados para análise a partir de eixos temáticos de acordo com os objetivos de estudo. Para a realização da pesquisa e análise de dados, tomamos como referência o materialismo histórico-dialético que nos possibilita ultrapassar a aparência do objeto e alcançar sua essência, assumindo uma perspectiva de totalidade na análise. Os resultados da pesquisa possibilitaram reconhecer a finalidade da atuação profissional, a identificação das atividades profissionais e dos principais meios/instrumentos utilizados para realizá-las. Ademais, foi possível verificar a fragilidade das condições para o desenvolvimento das ações profissionais, seja em relação aos aspectos estruturais ou mesmo pela dificuldade de reconhecimento pelos demais profissionais da equipe profissional sobre as competências e atribuições do/a assistente social na instituição e, ainda, pela reduzida condição de exercício de autonomia profissional pelas assistentes sociais ao direcionarem suas ações para responder ao que lhe é requisitado institucionalmente. Dentre os principais resultados da pesquisa apontamos que, o exercício profissional das assistentes sociais a instituição tem como principal finalidade a garantia de direitos dos usuários, o que essencialmente estabelece importante vínculo com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com o que preconiza a reforma psiquiátrica. E, a despeito de se realizar numa instituição de caráter asilar-prisional, cuja dinâmica imprime limites à autonomia profissional, entendemos que o Serviço Social desta instituição está na contracorrente, tendo em vista a intervenção em favor da garantia de direitos sociais dos usuários e o compromisso ético-político com a desinstitucionalização como horizonte.

Palavras-chave: Unidade de Custódia e Tratamento; Hospital de Custódia; Serviço Social

ABSTRACT

The present study deals with the professional practice of social workers in the socio-legal field. The incentive for research emerged from the supervised internship experience in the Social Service sector of the Sergipe Psychiatric Custody Unit (UCP/SE). The research had the general objective of analyzing the particularities of the social worker's professional practice at UCP/SE. We take as specific objectives: to analyze the purpose set by social workers in their professional practice at UCP/SE and its possible relationship with the Social Service Ethical-Political Project and psychiatric reform; know the activities carried out by social workers at UCP/SE and the main instruments for carrying them out. The research has an exploratory nature of a qualitative nature, with bibliographical, documentary and field research procedures. Its results were organized for analysis based on thematic axes according to the study objectives. To carry out the research and data analysis, we took historical-dialectical materialism as a reference, which allows us to go beyond the appearance of the object and reach its essence, assuming a perspective of totality in the analysis. The research results made it possible to recognize the purpose of professional activity, the identification of professional activities and the main means/instruments used to carry them out. Furthermore, it was possible to verify the fragility of the conditions for the development of professional actions, whether in relation to structural aspects or even due to the difficulty of recognition by other professionals in the professional team about the skills and duties of the social worker in the institution and, also, due to the reduced condition of exercising professional autonomy by social workers when directing their actions to respond to what is institutionally requested. Among the main results of the research, we note that the professional practice of social workers in the institution has as its main purpose the guarantee of users' rights, which essentially establishes an important link with the Ethical-Political Project of Social Service and with what advocates reform psychiatric. And, despite taking place in an asylum-prison institution, whose dynamics impose limits on professional autonomy, we understand that the Social Service of this institution is going against the current, with a view to intervening in favor of guaranteeing the social rights of users and the ethical-political commitment to de-institutionalization as a horizon.

Keywords: Custody and Treatment Unit; Custody Hospital; Social service

LISTA DE SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CF/1988 Constituição Federal de 1988

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

EAP Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP Lei de Execução Penal

LOAS Lei Orgânica de Assistência Social

MLA Movimento da Luta Antimanicomial

MRP Movimento Reforma Psiquiátrica

MRS Movimento Reforma Sanitária

PEP Projeto Ético-Político

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SEJUC Secretaria de Estado da Justiça e do Consumidor

SUS Sistema Único de Saúde

UCP/SE Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, LUTA ANTIMANICOMIAL E A (DES)CONSTRUÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP).....	20
CAPÍTULO 2 - O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE.....	41
2.1 Lócus da Pesquisa - Notas sobre o Histórico Institucional.....	41
2.2 O Serviço Social na Unidade de Custódia Psiquiátrica	44
2.3 Atuação profissional das Assistentes Sociais na UCP/SE.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE A	70
APÊNDICE B	72

INTRODUÇÃO

A inserção do/a profissional de Serviço Social no sociojurídico¹ é de grande importância social e para a categoria profissional, com construção histórica significativa a partir da ampliação e consolidação da atuação profissional em tribunais de justiça, ministérios públicos, defensorias públicas, instituições de cumprimento de medidas socioeducativas/protetivas e unidades prisionais, Varas de Família, entre outras vinculadas ao Poder Judiciário do país. Essa categoria profissional, a partir de suas atribuições e competências legalmente referenciadas na Lei nº 8.662/1993² que regulamenta a profissão e no Código de Ética Profissional (1993³), tem atuado no sentido da defesa de direitos da população usuária dos serviços prestados, no contexto de suas ações no enfrentamento das expressões da questão social⁴.

Ao observamos especificamente a atuação do/a assistente social nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – atualmente também chamadas de Unidades de Custódia Psiquiátrica (UCP)⁵ –, essa inserção profissional historicamente tem produzido interferências significativas na medida em que a profissão responde determinadas demandas sociais, ainda que, ao mesmo tempo, enfrente desafios comuns a todos os seus demais campos sócio-ocupacionais quando consideramos complexidade da

¹ “O termo ‘sociojurídico’ é relativamente recente na história do serviço social brasileiro. Ele surge, segundo Borgianni (2004), a partir da iniciativa da Editora Cortez de publicar uma edição da revista Serviço Social & Sociedade nº 67, de 2001, com artigos que versassem sobre a inserção profissional no Poder Judiciário e o sistema penitenciário.” (CFESS, 2014, p.11).

² Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm

³ A RESOLUÇÃO CFESS Nº 273 de 13 março de 1993 institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. O referido Código pode ser consultado em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf

⁴ De acordo com Netto (2001, p.44-45) a expressão “questão social” passou a ser mencionada no início do século XIX, na Inglaterra, referindo-se ao “fenômeno do Pauperismo, fruto da primeira onda dos avanços industriais provocados pelo capitalismo”. Nesse sentido, a questão social, desde o seu surgimento, é fundada na contradição capital *versus* trabalho. Segundo Yamamoto (2001, p.17), a questão social está expressa nas “desigualdades econômicas, políticas e culturais”, em que apresentam características relacionais de gênero, étnico-raciais e regionais.

⁵ O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), historicamente também conhecido como Manicômio Judiciário, trata-se de instituição destinada a abrigar pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O primeiro HCTP do Brasil foi fundado em 1921, no Rio de Janeiro. Segundo estudos de Oliveira et al (2022, p. 4554), desde 1940, os HCTPs “são as instituições preconizadas pela legislação para o cumprimento da Medida de Segurança (MS), caracterizada como uma sanção penal aplicada aos indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis. O principal objetivo da MS é a prevenção geral sobre a sociedade e a proteção especial sobre o indivíduo, mediante a oferta de tratamento compulsório. Quando instaurada, pode ser detentiva ou restritiva, ou seja, cumprida sob regime de internação nos HCTPs ou sob tratamento ambulatorial.” As Unidades de Custódia Psiquiátrica(UCTP) são vinculadas à Secretaria de Estado da Justiça.

questão social e a fragilidade com que o Estado brasileiro tem respondido às necessidades da classe trabalhadora por meio de políticas sociais cada vez mais seletivas. A isso se somam necessidades e demandas específicas da UCP ao serviço social no atendimento a pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, exigências que centralmente estão articuladas ao processo de ressocialização de custodiados/as.

A privação de liberdade para pessoas em conflito com a lei, imposta pelo poder judiciário, promove o encarceramento e conseqüentemente o isolamento social desses indivíduos, com fim de "proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado" (BRASIL, LEP, 1984). Contudo, na atual realidade, as unidades prisionais se apresentam como espaço de violações de direitos humanos, contribuindo para a mínima recuperação social do usuário encarcerado (VALDEVI, FERREIRA, 2013). O encarceramento colabora para o sofrimento psíquico dos/as internos/as, haja vista as condições de insalubridade do ambiente prisional. Diante disso, são instituições que parecem atuar de maneira contraditória se considerarmos o que determina a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 5º XLIX, em assegurar à pessoa privada de liberdade, à integridade física e moral; assim como o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. (CF/1988, Art. 1º, III)

Nesse sentido, as características estruturais das UCP marcadas por sua dimensão prisional se somam ao conjunto de desafios postos ao/à assistente social para dar materialidade ao Projeto Ético-Político da profissão. Tal projeto expressa os princípios assumidos pela categoria profissional, explícitos em seu Código de Ética (1993):

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

profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, 1993)

Ademais, ainda de acordo com o referido Código, no que diz respeito às relações do/a assistente social com os/as usuários/as, o art. 5º expressa que um dos deveres desse/a profissional é “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas”, cabendo respeitar de maneira democrática as decisões dos/as mesmos/as, ainda que não coadunem com valores e crenças individuais do/a profissional, devendo-se resguardar os princípios do Código. No âmbito das relações do/a assistente social com as instituições empregadoras, tratadas no art.8º, entre seus deveres profissionais, destacam-se o de “contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária”, bem como, “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais”.

Nessa direção, o/a assistente social ao atuar nessa instituição – que, ao mesmo tempo, priva a liberdade de pessoas custodiadas e se apresenta como de caráter hospitalar, que deve responder pela atenção em saúde mental às mesmas – parece se deparar, portanto, com a característica contraditória da natureza das UCP, o que também se põe como desafio à efetivação do Código de Ética Profissional e, por conseguinte, ao fortalecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Com o processo de reforma psiquiátrica em curso no país, o papel das UCP tem sido objeto de críticas. É importante destacar, que a reforma psiquiátrica confronta diretamente a perspectiva histórica de centralidade do tratamento no âmbito hospitalar e na doença, propondo atenção em saúde mental com foco em processos de emancipação do sujeito em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1998). Esse processo tem possibilitado discussões e mudanças significativas na forma de atenção em saúde às pessoas em sofrimento psíquico sob a perspectiva da desinstitucionalização e do seu acompanhamento em rede de serviços de saúde mental.

A reforma psiquiátrica brasileira tem requisitado do Estado responsabilidades na estruturação e desenvolvimento de políticas de saúde mental. Nesse bojo, destacam-se algumas conquistas relevantes do ponto de vista técnico-assistencial, político e jurídico, a

exemplo da lei 10.216/2001⁶ que redireciona o modelo de assistência em saúde mental, apontando ênfase na proteção e nos direitos dos/as usuários/as e de suas famílias e/ou responsáveis. Ademais, assinala a responsabilidade do Estado com relação ao desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde, bem como, apontam a realização de tratamentos preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Ao expressar tal perspectiva, prevê internação apenas em situações em que os recursos extra-hospitalares se apresentarem insuficientes, devendo o tratamento assumir a finalidade de reinserção social do/a usuário/a, mediante assistência integral, “incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (Lei 10.216/2001, Art. 4º, § 2º).

É notório que a reforma psiquiátrica em curso no Brasil provocou mudanças significativas para as pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se mantém em funcionamento com unidades em todo o país mesmo com a aprovação da Lei 10.216/2001, guardando em si aquele aspecto contraditório já citado que pretende associar o caráter de atenção em saúde mental com privação de liberdade/aprisionamento, algo já identificado por estudiosos como característica das “instituições totais”, tal como refere Gomes (2009, p.39):

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

Conforme já mencionamos, a Unidade de Custódia Psiquiátrica(UCP), está vinculada à Secretaria de Estado da Justiça, cabendo-lhe cumprir suas atribuições em acordo com a Lei de Execução Penal – LEP (Lei nº 7.210/1984). Os serviços prestados pela instituição são realizados por equipe técnica composta por profissionais de nível médio e superior.

Em seu capítulo II, art. 10, a LEP assinala que “[a] assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.” Tal assistência será: “I - material; II - à saúde; III -jurídica; IV - educacional; V - social; VI – religiosa” (Lei nº 7.210/1984, Art. 11). Em seu art. 22,

⁶ Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

ao tratar da assistência social, define que esta “tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade”. Em seu art. 23 destaca o que cabe a esse serviço:

Art. 23. Incumbe ao serviço de assistência social:

- I - conhecer os resultados dos diagnósticos ou exames;
- II - relatar, por escrito, ao Diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentadas pelo assistido;
- III - acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;
- IV - promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;
- V - promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;
- VI - providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da Previdência Social e do seguro por acidente no trabalho;
- VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima.

Com amparo na referida LEI, os/as assistentes sociais geralmente são demandados/as pela instituição a cumprir a incumbência legalmente prevista ao “serviço de assistência social”, a partir do estabelecimento de uma possível equivalência entre “serviço de assistência social” e “Serviço Social”, ainda que, assistência social se trate de uma política social pública e que as competências daqueles/as profissionais e suas atribuições privativas estejam estabelecidas na Lei nº 8.662/1993 que regulamenta sua profissão, tal como assinalamos antes. Uma preocupação que vem sendo objeto de discussões na categoria profissional:

O/a assistente social é chamado a atuar de diversas formas, desde a produção de laudos e pareceres para assessorar a decisão judicial de progressão de regime; a participação nas comissões de classificação e triagem nos conselhos de comunidade e nas comissões disciplinares; o acompanhamento das atividades religiosas, entre outros. Destaca-se que **nem sempre as ações propostas pela instituição aos/às assistentes sociais condizem com sua formação ou são de sua competência, algumas, inclusive, podem se mostrar opostas aos fundamentos da ética profissional** (CFESS, 2014, p. 65 – grifos nossos).

Nesse sentido, cabe problematizar: que ações os/as assistentes sociais estão desenvolvendo nas UCP e sob quais condições? Qual o limite de autonomia teórico-metodológica e técnico-operativa que esses profissionais encontram para a proposição de seus projetos de intervenção nessas instituições? De que forma esses limites implicam também na dimensão ético-política desses projetos?

Ao longo da formação profissional temos a oportunidade de realizar leituras e debates sobre a profissão que encontram relevo especial quando do ingresso em campos de estágio, pois podemos conhecer as particularidades do exercício profissional em

diferentes espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais. A experiência de estágio em Serviço Social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE), certamente foi decisiva para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). As leituras sobre o Serviço Social no sócio-jurídico assumiram maior importância para pesquisa desde então em nossa vivência acadêmica.

A UCP/SE foi inaugurada em 1985 como Manicômio Judiciário Lemos de Brito. Com o processo de reforma psiquiátrica no país, em 2004 esse nome da instituição foi alterado para Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico. No ano de 2020 houve outra mudança de nomenclatura, assumindo a identificação de Unidade de Custódia Psiquiátrica, o que permanece até o ano corrente. A UCP/SE está vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e do Consumidor (SEJUC). Na experiência de estágio nessa instituição, temos encontrado possibilidade de aprendizado relevante a partir da proximidade com a atuação das assistentes sociais e supervisão de estágio, da sua relação com demais profissionais e usuários/as atendidos. Além disso, destaca-se a oportunidade de exercitar uma aproximação efetiva às intervenções profissionais, considerando seus aspectos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, ao participarmos de atendimentos, observações e encaminhamentos, elaboração de documentos, entre outros aspectos que caracterizam o exercício profissional das assistentes sociais na UCP/SE.

Essa experiência, ao tempo que tem demonstrado os compromissos profissionais das assistentes sociais no desempenho de suas atribuições e competências na instituição, quando associada às leituras que temos acessado sobre a profissão e particularmente sobre sua inserção no sócio-jurídico, vem nos provocando questionamentos para fins de aprofundamento de estudos sobre a profissão por meio de pesquisa. Ainda mais quando os debates empreendidos pela categoria profissional têm chamando atenção de que muitas vezes não há convergência entre as demandas postas aos/as assistentes sociais e sua formação, competências e fundamentos éticos que devem orientar o exercício do Serviço Social. As questões de pesquisa se adensam ainda ao considerarmos o processo de reforma psiquiátrica no país e sua incidência nas ações de atenção à saúde mental. Nesse sentido, cumpre-nos indagar: qual a intencionalidade atribuída pela/pelo assistente social às suas atividades profissionais desenvolvidas na UCP/SE, considerando a natureza institucional – que associa dimensão penal e atenção em saúde mental – e a necessidade de materialização do projeto ético-político do serviço social? quais são essas atividades e os seus objetivos? que instrumentos são necessários para sua realização? quais as condições objetivas e subjetivas para o desenvolvimento das ações profissionais? como se dá a

relação profissional da/o assistente social com profissionais de outras áreas que compõem a equipe e quais as possíveis implicações na sua autonomia profissional? qual a configuração da relação profissional da/o assistente social com a rede de serviços das demais políticas sociais? quais as principais conquistas e os desafios no exercício das atribuições e competências profissionais na instituição? Tais questões serão tomadas como norteadoras para a realização da pesquisa ora proposta, com vistas a analisar as particularidades do exercício profissional da/o assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE).

Ainda que nos limites de um TCC resultante de uma pesquisa de caráter exploratório não nos seja possível apontar respostas finalísticas para todas as questões norteadoras do estudo pretendido, entendemos ser necessário tomá-las como referência para problematizar o exercício profissional do/a assistente social no sócio-jurídico, campo ou área de histórica inserção do serviço social, especialmente quando observamos a conjuntura brasileira recente que, no campo das políticas de saúde mental, tem manifestado retrocessos em relação às conquistas históricas do processo de reforma psiquiátrica no país. Com forte apelo ao retorno da centralidade da internação como medida de tratamento em saúde mental, tais retrocessos têm sido identificados como contrarreforma psiquiátrica. Esta, segundo Chiabotto, Nunes, Aguiar (2022), expressa retorno à lógica da exclusão, reforça o estigma social da loucura e o reconhecimento do hospital psiquiátrico como o lugar da “assistência em saúde mental”, causando assim uma fragmentação na rede de serviços substitutivos. Tal processo tem implicações à dinâmica e aos serviços prestados no âmbito das UCP no país e, por conseguinte, ao exercício profissional do/a assistente social nessas instituições. Nessa perspectiva a realização desse trabalho se mostra relevante ao contribuir com estudos que vêm sendo realizados sobre esse tema no âmbito do serviço social.

Ainda ao considerarmos particularmente o âmbito da profissão, uma vez que nem sempre as ações profissionais requisitadas aos/às assistentes sociais condizem com sua formação, competências e fundamentos éticos profissionais, pensar sobre o exercício profissional do/a assistente social nas UCP e tomá-lo como objeto de reflexões, pesquisas e debates parece imperativo à categoria profissional, visto a necessidade de efetivação do Projeto Ético-Político do Serviço Social que parece sofrer importante ameaça pelos contornos que as intervenções profissionais têm assumido no sócio-jurídico.

Cumpramos ressaltar ainda que a presente pesquisa é fruto da observação e vivência de estágio curricular e extracurricular na Unidade de Custódia Psiquiátrica em Aracaju/SE no setor de Serviço Social. Tal experiência, provocou a preocupação de pesquisa ora proposta, cujo objetivo geral foi analisar as particularidades do exercício profissional da/o assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE). Para tanto, tomamos como objetivos específicos analisar a finalidade posta pelas/os assistentes sociais ao seu exercício profissional na UCP/SE e sua possível relação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a reforma psiquiátrica; conhecer as atividades desenvolvidas pelas/os assistentes sociais na UCP/SE e principais instrumentos para sua realização.

A presente pesquisa possui natureza exploratória de caráter qualitativo, com procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa exploratória, como afirma Severino (2014), busca o levantamento de informações de um determinado objeto e suas condições de manifestação. É de caráter qualitativo, visto que, de acordo com Minayo (2014), permite o estudo dos processos sociais, significado e intencionalidade e inerentes atos nas relações humanas.

A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de livros, artigos, teses, dissertações e entre outras, o que possibilita ao/à pesquisador/a realizar seu estudo a partir da contribuição de outros autores (SEVERINO, 2014, p.106). Para a realização da presente proposta de estudo utilizamos as seguintes fontes: artigos, TCCs, dissertações e teses sobre o tema de pesquisa, disponíveis na rede mundial de computadores via repositórios das Universidades Federais e Scielo. Para tanto, fizemos um levantamento de trabalhos mediante uso de um filtro de busca por palavras-chaves, tais como: “medida de segurança”, “reforma psiquiátrica”, “Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico”, “sistema prisional”, “Serviço Social”, “saúde mental”, “Projeto Ético-Político do Serviço Social”, entre outras que se mostraram como facilitadoras para a identificação de produções textuais sobre o tema de pesquisa com vistas a favorecer o alcance dos objetivos de pesquisa propostos.

A pesquisa documental foi realizada prioritariamente por meio de levantamento e análise de leis, portarias, resoluções e relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde sobre o tema disponíveis na biblioteca virtual da saúde e no site do planalto, bem como, leis, portarias, resoluções e outros documentos produzidos pela categoria de assistentes sociais disponíveis em página eletrônica do Conselho Federal de Serviço Social. Em

caráter complementar, também foram consultados documentos disponibilizados no setor de Serviço Social da instituição – nosso campo de estágio – mediante anuência das assistentes sociais responsáveis.

A partir da experiência de estágio na UCP/SE desde Janeiro de 2022 até o presente momento, os diálogos constantes com as Assistentes Sociais, a observação e a participação enquanto estagiária permitiram a realização da pesquisa de campo como um sujeito (estagiária) diretamente vinculada à dinâmica institucional. Portanto, a UCP/SE, nosso campo de estágio, tornou-se também campo empírico de pesquisa e tomamos o exercício profissional da instituição como centro da nossa preocupação de estudo. Nesse sentido, tendo em vista que o presente Trabalho de Conclusão de Curso resulta da provocação em nós pela experiência do estágio, utilizaremos alguns registros de afirmações das assistentes sociais supervisoras de estágio resultantes de diálogos por meio de entrevista cujo roteiro foi elaborado com vistas a construir aproximação à realidade de estágio e que nos possibilitam responder, também, questões que adotamos como norteadoras da presente pesquisa. Para coleta de dados, além de utilizarmos da entrevista, fizemos ainda uso de observação da estrutura física para realização das atividades profissionais. Vale salientar que a referida observação teve caráter participativo, tendo em vista que, conforme apontado, a instituição também se trata do campo de nosso campo de estágio.

Ressalte-se que, por envolver pesquisa com seres humanos, o projeto, e a documentação correlata, foram previamente submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP-UFS), via Plataforma Brasil, em fase de análise no parecer consubstanciado de nº 6.225.675, datado de 27 de maio de 2023, e anexado as documentações solicitadas. Vale destacar que os trechos de respostas oferecidas pelas assistentes sociais supervisoras de estágio à entrevista que se encontram no presente trabalho a partir de autorização prévia das referidas profissionais (TCLE disponível – Apêndices).

Os dados resultantes da pesquisa foram organizados para análise a partir de eixos temáticos de acordo com os objetivos de estudo. Para a realização da pesquisa e análise de dados, tomamos como referência o materialismo histórico-dialético. Segundo Netto (2011, p.22), esse método possibilita “apreender a essência (ou seja: a estrutura e dinâmica) do objeto”, conhecer suas múltiplas determinações, considerando seus aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais. Nessa direção, esse

método possibilita ultrapassar a aparência do objeto e alcançar sua essência, assumindo uma perspectiva de totalidade na análise.

Os resultados da pesquisa foram expostos em dois capítulos. No primeiro capítulo buscamos abordar aspectos históricos relacionados à construção social da loucura, ao Manicômio Judiciário e/ou Hospital de Custódia Psiquiátrico e sua implicação na legislação brasileira. Ademais, destacamos elementos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial na desconstrução dos Hospitais de Custódia, considerando o Serviço Social envolvido nessa luta.

No segundo capítulo tratamos sobre o exercício profissional do/a assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE), considerando o perfil das profissionais, intencionalidade da atuação profissional, principais atividades e instrumentos utilizados para sua realização, entre outros aspectos.

Ao considerarmos o caráter exploratório e de primeira aproximação ao objeto de estudo, certamente não temos a pretensão de que os resultados da nossa pesquisa sejam passíveis de generalização, mas esperamos que possamos contribuir com as reflexões elaboradas no interior do Serviço Social que tomam o exercício profissional como centralidade.

CAPÍTULO 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, LUTA ANTIMANICOMIAL E A (DES)CONSTRUÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP)

Nesta seção abordamos aspectos históricos relacionados à construção social da loucura, ao Manicômio Judiciário e/ou Hospital de Custódia Psiquiátrico e sua implicação na legislação brasileira. Ademais, destacamos elementos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial na desconstrução dos Hospitais de Custódia, considerando o Serviço Social envolvido na luta.

Historicamente as pessoas em sofrimento psíquico eram vistas como um problema social, visto que ameaçavam a coesão social. De acordo com Basaglia (2005) a sociedade civil mantinha cidadãos em sofrimento psíquico longe da dinâmica social com objetivo de “limpeza”. Nesse contexto, quem era reconhecido socialmente como doente mental passava a ser tratado longe do convívio social. O hospital psiquiátrico e/ou manicômio judiciário assumiu a centralidade como instituições de tratamento com esse caráter asilar, ou seja, de privação de liberdade. O referido autor também destaca que essas instituições surgiram em zonas isoladas das cidades e cercadas por muros. Destarte, tal forma de ‘tratamento’ resulta em perda de liberdade, de subjetividade e na fragilização dos laços familiares e sociais desses indivíduos sociais. Para além disso, estudos de Lima, 2021 destacam que:

O que fica evidente é que, desde sua gênese, os manicômios surgem como uma resposta do Estado que tinha como propósito não o cuidado, tratamento e assistência a essas pessoas em sofrimento, mas sim, promover uma forma de separação entre a força de trabalho produtiva e a massa improdutivo excedente. Não se tratava de criar dispositivos de acolhimento e cuidado, mas de criar aparelhos de repressão àqueles que não podiam participar do jogo social e da venda da força de trabalho. (página online)

Nessa perspectiva, na Europa a partir do século XVII, foram criadas as “Workhouses” em que são incentivados a construção de instituições asilares com vista a segregar todo cidadão considerado como “louco” ou que não se adequasse ao sistema econômico vigente, geralmente pobres, desempregados, prostitutas, loucos, criminosos e entre outros. Além disso, a igreja católica também foi a responsável pela influência de criação desses espaços, visto que a miséria não era considerada algo divino e tampouco os cidadãos em sofrimento psíquico, mas sim o acúmulo de capital como meio de “se aproximar dos desígnios divinos”. Dessa forma:

Se o louco não é lucrativo como força de trabalho, ele o é como consumidor dos serviços do manicômio e seus insumos. Se o louco é uma denúncia viva das contradições do capitalismo, ele precisa ser segregado, invisibilizado, silenciado, e, no seu extremo, aniquilado social e objetivamente. Se ele não encontra trabalho – e sequer pode compor o exército industrial de reserva –, pode ser mão de obra barata (ou não paga) no circuito manicomial. E assim sucessivamente. Tudo isso, mais uma vez, evidencia que a relação entre manicômio e capital é extremamente imbricada. (LIMA, 2021, página online)

Assim, cidadãos que não inseridos na nova sociedade moral, na dinâmica de trabalho e do capitalismo emergente eram segregados, tornando-se caso para manutenção da ordem social e de polícia, ou seja, higiene social. (PAIXÃO, 2022, p.20 apud FOUCAULT, 2014a, p. 56; 63). A partir da Revolução Industrial, a “loucura” passa a ser vista como um problema social que necessitava intervenção do Estado, visto que os cidadãos em sofrimento psíquico não faziam parte da produção capitalista. Diante disso:

Para os moldes do capital, o louco não era nem produtivo (visto que não era possível extrair mais-valor do seu trabalho), nem dócil (o que faz com que, até hoje, habite no imaginário cultural a ideia de que o louco é um sujeito “perigoso”), o que fez com que esse se tornasse um sujeito indesejável socialmente (LIMA, 2021, página online apud FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, qualquer comportamento considerado ‘anormal’ ou ‘desviante’ perante a igreja e a sociedade burguesa eram tidos como doença mental e o tratamento para isso era o asilamento. De acordo com Goffman (2015, p.132), “às vezes se pensa que a equipe psiquiátrica não descobre se você está doente ou não, mas faz com que você fique doente”. Portanto, a Psiquiatria surge no século XVIII como a única ciência com saber ideal para decidir o tratamento dos cidadãos em sofrimento psíquico, considerados como ‘loucos’ ou ‘desviados’.

No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia não ofereciam o suporte e as condições necessárias para o acolhimento e tratamento dos considerados “loucos”. Destarte, há o surgimento do primeiro hospício em 1852 no Rio de Janeiro a partir do Decreto nº82 de 18/07/1841, com autorização de Dom Pedro II que se inspirava no pensamento do médico francês Philippe Pinel, o qual privilegiava a institucionalização - controle e punição - algo como necessário para tratar os cidadãos que não estavam no modelo social desejado (PAIXÃO, 2020).

É imperioso destacar, que o Rio de Janeiro nesse período apresentava-se como principal centro econômico no Brasil com o emergente capitalismo comercial e industrial e com ideias higienistas de controle social. De acordo com Engel (2001, p. 197),

A defesa da criação de um estabelecimento para alienados inscrevia-se em um projeto político mais abrangente que objetivava a normatização dos

comportamentos da população urbana de acordo com padrões higiênicos, difundidos pela produção da 42 Academia de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde a década de 30 do século XIX. Inspirado sobretudo nas concepções formuladas pela medicina social francesa, tal projeto se orientava para conter aquilo que era visto como o caos urbano herdado do período colonial, por meio da produção de um conhecimento que continha a perspectiva de intervenção sobre todos os aspectos do cotidiano urbano. A situação caótica estaria expressa não apenas nas constantes epidemias que grassavam pela cidade, mas também nos hábitos e posturas assumidos pelos escravos e pelos setores pobres livres e libertos – que representavam uma alternativa aos valores e padrões culturais criados e difundidos pelos setores dominantes – e, portanto, nas tensões sociais que se revelavam cotidianamente.

Nessa perspectiva, a internação ao longo da história demonstra o meio de higienização da sociedade, ou seja, esconder a “loucura” dos olhos morais da autocracia burguesa, e será defendido esse método na busca curativa da doença e moral do usuário, até a revolução psiquiátrica no olhar ao cidadão em sofrimento psíquico. Portanto,

Persistia, para ambos os lados, a ideia de que se estava diante de indivíduos perigosos/degenerados, os quais não poderiam se inserir na sociedade, mas que também não tinham possibilidade de cura. Impulsionados pelos objetivos de inocuidade do indivíduo, a psiquiatria e o direito uniram-se para criar uma nova instituição: o manicômio judiciário. (PAIXÃO, 2022, p.30)

No século XX, no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, os médicos psiquiatras começam a pleitear a separação dos pacientes psiquiátricos dos cidadãos em sofrimento psíquico que cometeram algum fato delituoso (PAIXÃO, 2022). No Brasil, de acordo com Mamede (2006), a criação oficial dos manicômios judiciários ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.132/1903. Diante disso, no art. 10 do referido decreto, há a proibição do encarceramento conjunto de alienados e criminosos, determinando, ainda, no art. 11 a criação de manicômios judiciários ou criminais visando a garantir a separação entre loucos criminosos e criminosos, dispondo que na falta de manicômios deveriam ser asilados em instituições públicas, em espaço a eles reservado. (MUSSE, 2006, p. 67).

Da previsão legislativa até a efetiva implementação do disposto no Art. 11 do Decreto n. 1.132/1903 decorreram aproximadamente dezesseis anos. Em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro. O segundo foi fundado em Porto Alegre, em outubro de 1925 e o terceiro foi o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no Estado de São Paulo, em 1933, a partir de uma seção do Hospital de Juquery, segundo Mamede (2006).

Outrossim, a reforma do Código Penal também alterou o nome do local de cumprimento das medidas detentivas, de Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A legislação expõe que o ambiente será “dotado de características hospitalares” e o paciente “será submetido a tratamento” (art. 99, CP). Apesar da nova nomenclatura, a instituição permanece ambígua, une o universo dos asilos psiquiátricos com o das prisões. E a execução da medida de segurança revela-se muito mais sancionatória do que curativa. (BRASIL, 2011)

A institucionalização em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia/ Unidades de Custódia apresenta-se como forma de controle social em sociedades organizadas pela autocracia burguesa. Nas palavras de Goffman (2005, p.48) “criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos”. Para além disso, representam uma lógica asilar-manicomial segregacionista útil ao capitalismo. De acordo com estudos de Lima, 2014:

Os manicômios são assim compreendidos como superestruturas que emergem da estrutura social, tendo como principal objetivo invisibilizar as contradições do próprio modo de produção capitalista e garantir as condições necessárias para o pleno funcionamento da dinâmica de produção e reprodução social. Não existe capitalismo sem manicômio, assim como não existe manicômio sem capitalismo. Ambos têm uma relação profunda de interdependência, visto que, à medida que o capitalismo produz o manicômio, o manicômio ajuda a sustentar o capitalismo. (LIMA, 2014)

No âmbito internacional, na década de 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, então diretor do manicômio da cidade de Gorizia e na luta de mudança no paradigma de cuidado, propôs a implementação do sistema de comunidade terapêutica naquele espaço (BASAGLIA, 1985, p. 110). A intenção inicial era a humanização do tratamento, pela eliminação de práticas como eletrochoques e solitárias, e o combate ao excessivo autoritarismo advindo das equipes técnicas (BRASIL, 2011 apud MATTOS, 2006, p. 159). O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental no Brasil aproximou-se dos estudos de Basaglia e dos resultados da Reforma Psiquiátrica Italiana (BRASIL, 2011 apud AMARANTE, OLIVEIRA, 2004 p.11-12). Assim

Consciente de que os manicômios representam instituições de caráter total, onde a exclusão é parte do próprio projeto institucional de tratamento, Basaglia busca extinguir esses espaços e devolver para a sociedade o papel de acolhimento e desmistificação da loucura, a partir de um movimento político de reforma que culminou na aprovação de uma lei nacional de extinção dos asilos, no ano de 1978. (PAIXÃO,2022, p.51 apud DESVIAT, 2015, p. 48-49)

A década de 1970 marca o início da Luta Antimanicomial no Brasil concomitante com a crise do capitalismo e abrindo espaço às políticas neoliberais, o que acarreta em ações que afetam o proletariado brasileiro, como afirma Boron (2010):

As políticas neoliberais passam a ocupar espaço e procedem; [...] desmontando agências governamentais, leiloando ou vendendo abaixo do preço empresas públicas, em muitos casos superavitárias; derogando legislações e normas de regulação da atividade econômica concebidas para garantir um mínimo de equidade e proteção para os cidadãos; mediante a massiva demissão de funcionários públicos, pagando em alguns casos a correspondente indenização, contraindo dívida externa com o Banco Mundial; desvalorizando os planos de carreiras; satanizando moral e politicamente o Estado, concebido como uma esfera intrinsecamente corrupta e ineficiente da vida social, contraposta à suposta pureza do mercado e da sociedade civil; consolidando sua crônica fragilidade financeira, assentada sobre sua ancestral incapacidade para cobrar impostos aos ricos. (BORON, 2010, p.53)

A saúde mental no Brasil antes da Constituição Federal de 1988 era de forma asilar-hospitalocêntrica, no qual predomina nessa época o modelo de assistência baseado no isolamento e no tratamento medicamentoso. Os hospitais psiquiátricos apresentavam-se com características de exclusão, abandono, castigos, superlotação, longos processos de internação que usavam como pressuposto para o tratamento (AGUIAR, 2020). Diante disso, são instituições disciplinadoras, asilares, de vigilância e punição no foco das “alienações mentais”. (AMARANTE, 2007).

Na década de 1970, o psiquiatra italiano Basaglia, referência para o Movimento de Trabalhadores na Saúde Mental no processo de desinstitucionalização e luta antimanicomial; em visita a um Hospital Psiquiátrico no Brasil relata: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como esta” (AGUIAR, 2022 apud ARBEX, 2013, n.p.).

No contexto político e social que o Brasil estava enfrentando nesse período de Ditadura Militar, os Hospitais Psiquiátricos comparados a “campos de concentração” por Basaglia, eram utilizados como ferramenta de tortura a política do regime, principalmente aos presos políticos. Nesse sentido,

A internação dos presos políticos como doentes mentais, permitia a aplicação das consideradas condutas “terapêuticas” como o eletrochoque, impregnação, violência das mais variadas formas, abandono e desassistência. Se o eletrochoque era dispositivo utilizado para melhora da sintomatologia, nos presos políticos a sintomatologia apresentada seria a da resistência, logo visava sua plena submissão (AGUIAR, 2022, p.46 apud SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2016, p.480).

Os Movimentos Reforma Sanitária (MRS), Reforma Psiquiátrica (MRP) e a Luta Antimanicomial (MLA) foram importantes a partir da década de 1970 para mudanças

relevantes de paradigma no cuidado em saúde mental no Brasil. Para tanto, foi fundamental o Movimento de Trabalhadores na Saúde Mental. Consoante Amarante e Oliveira (2004, p. 10), “o movimento emergiu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras que tornaram públicas as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde”. Isso fica evidente com o fim do Regime Militar e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986, quando apresentou novas estratégias no cuidado em saúde mental e autonomia da população usuária. Para além disso, a saúde não é vista mais como ausência de doença, mas sim como sinônimo de qualidade de vida, direito do cidadão e dever do Estado na sua promoção. Nesse período, a conjuntura política do Brasil era de redemocratização, uma vez que os movimentos sociais exigiam equidade, justiça social na implementação de políticas públicas e melhoria na qualidade do serviço público.

Vale destacar que, que nesse mesmo contexto de luta da Reforma Psiquiátrica, do Movimento Antimanicomial e da Reforma Sanitária nos anos 1970 e 1980, o Serviço Social estava construindo sua trajetória de luta para consolidação do Projeto Ético-Político profissional para atender as necessidades da classe trabalhadora e não em função da autocracia burguesa baseados em princípios moralizantes. De acordo com Netto (2009), as discussões das bases-teóricas do serviço social foram realizadas com o Movimento de Reconceituação com aproximações à teoria marxista. Isso se explicita mais tarde no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social de 1993 que, vale inclusive destacar, expressa compromisso com valores fundamentais que convergem com as bandeiras de luta do Movimento de Luta Antimanicomial, tais como: liberdade, cidadania, aprofundamento da democracia, emancipação e a defesa de direitos humanos.

Essa convergência também se verifica na defesa da emancipação humana expressa no Código de Ética do Serviço social e que também comparece na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica, quando reclama direitos das pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva do tratamento em meio aberto e junto ao convívio em sociedade com finalidade de favorecer autonomia, participação nas relações sociais, na produção e reprodução social da vida respeitando suas condições, necessidades e capacidades. É imperioso destacar também essa convergência no que diz respeito à defesa da emancipação política, considerando a defesa de que usuários e familiares participem ativamente de seminários, movimentos sociais, conselhos de direitos, congressos, bem como, possam exercer atividades de liderança política que venham a interferir na gestão pública no âmbito das políticas sociais (CFESS, 2012). Nesse sentido, o debate e a defesa

de processos emancipatórios nos parece ser uma importante convergência entre a reforma psiquiátrica e o serviço social, o que deve orientar, portanto, o exercício profissional das/os assistentes sociais.

A defesa intransigente dos direitos humanos está entre os princípios fundamentais do Código de Ética das/os assistentes sociais, bem como, orienta a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Estes direitos, segundo Barroco e Terra (2012), são resultado do enfrentamento de situações de violações contra a vida humana, que, estão “e curso por parte das classes, grupos e sujeitos desapropriados das condições sociais de existência [...] por processos de discriminação, opressão, dominação e exploração” (BARROCO, TERRA, 2012, p.64)

É importante lembrar que o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), chamado de “Congresso da Virada”, acontecimento que marcou profundamente a história do Serviço Social brasileiro, especialmente na dimensão política da profissão – processo de politização e de mobilização de profissionais e estudantes (NETTO, 2009), gênese do processo que culminou no que se denomina Projeto Ético-Político do Serviço Social – ocorreu ao final da década de 1970, ou seja, no mesmo contexto histórico de organização do já referido Movimento de Trabalhadores na Saúde Mental que levou à conformação do que ficou conhecido como movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial no país.

Ao final da década de 1980, destacou-se como um importante acontecimento no campo político-jurídico o projeto de lei nº 3.657 de 12 de setembro de 1989, de autoria do então Deputado Paulo Delgado, que tinha como proposta principal “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição progressiva por outros recursos assistenciais” (BRASIL, 1989). Nesse mesmo contexto ocorreram importantes Conferências de Saúde Mental. A primeira em 1987, quando foram discutidas estratégias que asseguram a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. A segunda em 1992 com a discussão sobre a necessidade de estruturação de uma rede integral à saúde mental.

De acordo com Paixão (2022), o final dos anos 1980 representa um momento de ruptura importante:

É no fim da década de 80 que ocorrem ações marcantes nesse setor, a exemplo do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental (“Congresso de Bauru”), da criação dos primeiros CAPS e NAPS e da apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, do então deputado federal Paulo Delgado (AMARANTE, 1995, p. 75-76). É um momento de ruptura, em que a luta antimanicomial propriamente dita se instala no país, com o lema “por uma sociedade sem manicômios” (PAIXÃO, 2022, p.54)

Como consequência desse processo, em 2001, um ponto alto entre as conquistas do processo de reforma psiquiátrica no país foi a aprovação da Lei 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorienta o modelo de assistência em saúde mental. A primeira década de 2000 também se destaca pela realização de eventos, conferências e marchas chamando atenção para a necessidade de “luta por uma sociedade sem manicômios”, a exemplo, podemos assinalar:

- I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, promovido pela Coordenadoria de Saúde da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo e pela Faculdade de Saúde Pública da USP, realizado na cidade de São Paulo, em 16 a 18 de setembro de 2009, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Regional de Psicologia do Estado da 6ª Região (CRP – 6ª Região).
- A emblemática marcha dos usuários de saúde mental pela retomada da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, ocorrida em Brasília a 30 de Setembro de 2009, com mais de duas mil pessoas, expôs a necessidade de se dar continuidade à melhoria e implementação das políticas públicas em saúde mental já previstas na legislação que disciplina essa matéria.
- IV Conferência Nacional em Saúde Mental – “Atenção Psicossocial direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – veio em meados de 2010 – depois de nove anos da anterior – também visando à retomada da implementação de políticas públicas em saúde mental e a atuação dos movimentos sociais em saúde mental.
- I e II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança, do Ministério da Saúde, Brasília, 2010, por sua vez reitera a questão. (BRASIL, 2011)

A Lei 10.216/2001 – também chamada de lei da Reforma Psiquiátrica – em seu artigo 2º dispõe os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, dentre eles “ser tratado em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis” e “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001). Nesse sentido, entra em contradição com a permanência das instituições de custódia, tendo em vista que pela natureza destas, o tratamento se baseia na privação de liberdade, isto é, fora do território de moradia e ocorre de forma invasiva sob o caráter de internação compulsória.

Para além disso, com a aprovação dessa lei da reforma psiquiátrica, equipamentos e políticas sociais foram criados e/ou ampliados com fim no estabelecimento de um modelo de atenção psicossocial de base territorial. Como exemplos disso, podemos citar

os Centros de Atenção Psicossocial,⁷ os Serviços de Residência Terapêutica (SRT⁸), a Política Nacional de Cuidado Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas⁹, o Programa de Volta Para Casa (PVC¹⁰). Ademais, a Portaria GM/MS nº3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com mais estratégias e serviços de cuidado. Portanto,

A lei foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim. A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei. De modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede vem sendo construída no território nacional (PITTA, 2011, p.4587)

A Carta de Bauru em 2007 cumpriu importante papel ao denunciar as práticas manicomiais, pois feriam os direitos humanos. Além disso, relata o papel duplo do Estado nesse processo, ao afirmar: “O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência”. A luta antimanicomial estabelece um compromisso com os movimentos populares e a classe trabalhadora na defesa dos direitos humanos em todos os setores da sociedade. O manicômio judiciário e/ou hospitais de custódia representam mecanismos institucionais do Estado para opressão e o controle social dos usuários em sofrimento psíquico.

A partir desse processo de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, alguns marcos normativos, portanto, são estabelecidos e aqui citamos mais diretamente a partir do Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (BRASIL, 2023):

1. **Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes de 1989**, o qual preconiza a necessidade de combater práticas de sofrimento e violações de direitos humanos em instituições de tratamento da saúde mental públicas ou privadas;
2. **Lei nº10.216/2001**, que trata da proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial em saúde

⁷ “São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.” Para maiores informações, consultar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>

⁸ Para informações a respeito consultar: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

⁹ Informações disponíveis em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

¹⁰ Para cohecer sobre o referido Programa, consultar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>

mental e a não internação em instituições com características asilares e/ou manicomiais;

3. **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência de 2009**, no qual o Estado Brasileiro firma compromisso em promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;
4. **Resoluções nº04/2010 e nº05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)**, para aplicação da Lei 10.216/2001 à execução das medidas de segurança; que relata que os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede e a atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais;
5. **Resolução do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº113/2010 e Recomendação do CNJ nº35/2011**, que visa adequar os parâmetros da justiça penal a Lei 10.216/2001, que privilegia o cuidado do usuário em sofrimento mental em meio aberto e diálogo permanente com a Rede de Atenção Psicossocial;
6. **Portaria nº94/2014 do Ministério da Saúde**, que dispõe do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
7. **Lei nº13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**, no qual assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício de direitos e das liberdades fundamentais para pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;
8. **Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentando na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em Janeiro de 2017**, em que expõe um conjunto de recomendações para acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e

para a criação de um ambiente político e legal com fim na garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

- 9. Resolução nº487 de 15/02/2023 do Conselho Nacional de Justiça**, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Tais marcos que apresentam alguns aspectos da dimensão jurídica da reforma psiquiátrica, visam fundamentalmente a construção de meios para a promoção da desinstitucionalização, o que, de acordo com Rotelli (1990), refere-se ao deslocamento da institucionalização para a comunidade, o distrito e o território. A desinstitucionalização permite o cuidado em saúde mental no território, ou seja, no meio social do usuário, respeitando a sua subjetividade e possibilitando a manutenção e/ou (re)construção de vínculos e relações sociais. Assim, é outro viés de cuidado em saúde mental que assume uma direção contrária à perspectiva de exclusão social como parte do modelo de tratamento com centralidade nas estruturas dos hospitais de custódia e/ou unidades de custódia.

O citado autor ainda destaca:

[...] a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformações, as transformações das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor em recursos de aparatos e maior nas pessoas (ROTELLI, 1990, p.56)

A partir dessa perspectiva, os cuidados para os sujeitos em sofrimento psíquico são repensados, e agora os princípios e valores que orientam a atenção em saúde mental devem promover o respeito às diferenças e o diálogo. De acordo com o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário - Resolução CNJ nº487 de 2023, a desinstitucionalização exige mais que a desinternação, ou seja:

Para alcançar a desinstitucionalização efetiva, é fundamental mobilizar recursos familiares, afetivos, comunitários, profissionais e de todas as dimensões de vida. Isso deve ser feito em colaboração com os serviços sociais públicos, com foco nas bases territoriais e comunitários, para promover a retomada de projetos de vida autônomos e livres, por meio também de parcerias coordenadas entre SUS e SUAS. (BRASIL, 2023)

A lei n. 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, encontra-se lastreada tanto nos princípios de direito sanitário como nos princípios do SUS. São eles:

a) saúde como direito – cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; b) universalidade – acesso garantido aos serviços de saúde para toda população; c) equidade – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco (de morbidade e mortalidade) e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população; d) integralidade – conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; e) resolutividade – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através da assistência integral, resolutiva e contínua; f) intersetorialidade – ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos; g) humanização do atendimento – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade, garantindo o valor da vida; h) participação – democratização do conhecimento do processo saúde/doença, garantindo aos cidadãos o acesso à participação no processo decisório. (BRASIL, 2011)

O Ministério da Saúde em 2002 no Brasil, instituiu novas estratégias na Política de Saúde Mental com vistas a desinstitucionalização progressiva dos hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários, quais sejam:

- Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados;
- Expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar dos serviços de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, no qual são unidades de tratamento diário e intensivo a pessoas em sofrimento psíquico de forma não punitiva e obrigada, mas um serviço de porta aberta que o usuário tem total livre-arbítrio em fazer adesão ou não ao serviço;
- Capacitação e educação permanente em saúde mental;
- Implementação do Programa Volta para Casa, em que consiste um benefício do governo federal a ser recebido por egressos de Hospitais Psiquiátricos e de Custódia que possuam mais de 02 anos de internação com objetivo de resgate a sua cidadania;
- Implementação da Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras drogas, no qual ocorre a implementação do CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas;
- Implementação de Residências Terapêuticas em que visa a construção de moradias terapêuticas em espaço urbano para egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

A lei 10.216/2001 supracitada é estabelecida tendo como uma das propostas, substituir os hospitais de custódia psiquiátrico por serviços abertos e comunitários, assistindo os usuários desde suas crises, bem como as suas demandas psicológicas e psiquiátricas, até nas necessidades mais amplas (VASCONCELOS, 2000). É oportuno ressaltar que através da Resolução 487/2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou o fechamento total de todos os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) do País. A medida entrou em vigor em agosto do corrente ano e segue como a

Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

A referida lei preconiza o cuidado em saúde mental em meio aberto. Contudo, a instituição de experiência de estágio ainda configurar-se como espaço asilar e manicomial, que mantém a condição de privação de liberdade, uma vez que, a manutenção de espaços como a Unidade de Custódia Psiquiátrica possui um caráter de manicômio judiciário, objetivando “limpar” a sociedade da população que se encontra em sofrimento mental e conflito com a lei (GOFFMAN, 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira provocou a mudança de paradigma da política de saúde mental que deveria não se concentrar na atenção à doença, mas principalmente na promoção da saúde das pessoas no território, sem necessariamente afastá-las da dinâmica da vida social. A noção de tratamento também assume uma conotação biopsicossocial. De acordo com Amarante “a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva” (1995, p.22). Por conseguinte,

Com referência ao modelo assistencial, buscava a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, priorizando uma rede extra-hospitalar e multiprofissional; a redução progressiva de leitos psiquiátricos e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; além da realocação de leitos para hospitais gerais – salientando a necessária ruptura com as práticas de internação hospitalar. (AGUIAR, 2020, p.120)

Diante disso, a reforma psiquiátrica brasileira problematizou a necessidade de reposicionar as perspectivas da política de saúde mental brasileira que deveriam não se concentrar na atenção à doença, mas principalmente na promoção da saúde das pessoas no território, sem necessariamente afastá-las da dinâmica da vida social. A noção de tratamento também assume uma conotação diferente. De acordo com Amarante “a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva” (1995, p.22). Nesse contexto, surge o seguinte questionamento: qual forma de cuidado dar-se-á para cidadãos em sofrimento psíquico - os considerados loucos criminosos - que cometeram fato delituoso perante a lei?

No que diz respeito ao campo sociojurídico, há um conjunto de instituições que atuam especificamente no cumprimento da lei, determinações e medidas judiciais ligadas diretamente ao Poder Judiciário. São elas: os Juizados da Infância, Juventude, Juizado de Violência Doméstica Contra Mulher, Varas de Família, Criminais, Execução Penal, Penas Alternativas, o Sistema de Segurança Pública (as delegacias de proteção à criança e ao adolescente, da mulher e de grupos vulneráveis); o Sistema Penal (presídios de regime

fechado e semiaberto, manicômios judiciais e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico); Sistema Socioeducativo (unidades de internação e semiliberdade para adolescentes em conflito com a lei); Instituições de Acolhimento e Conselhos Tutelares. Atualmente nesses espaços encontramos assistentes sociais que desenvolvem ações relacionadas ao cumprimento da lei e da garantia de direitos humanos e sociais.

De acordo com Machado (1978, p.324), a medicina psiquiátrica visualiza o crime como uma doença e que a privação de liberdade viesse acompanhada de um projeto terapêutico. Do ponto de vista do judiciário, a inimputabilidade e a medida de segurança foram criadas para justificar a institucionalização para os loucos criminosos. Assim

Ainda que este sujeito não lhe seja considerada a pena de prisão, lhe será imposta uma medida de segurança para justificar seu asilamento nos manicômios judiciais, e é a presunção da periculosidade uma das maiores justificativas teóricas de manutenção desse regime segregatório. (PAIXÃO, 2022, p.31-32)

A Medida de Segurança, a partir da lei 7.209 de 11/07/1984, no Brasil, surge como pena específica aos considerados “loucos criminosos” e em instituição específica: os Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico. Essa lei dispõe:

Art. 96 - As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - Sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou a liberação condicional

§ 3º - A desinternação ou liberação será sempre condicional devendo ser restabelecida condicional a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Nesse sentido, é contraditório a permanência dos hospitais de custódia e/ou unidades de custódia mesmo com a vigência da Lei 10.216/2001 e suas estratégias de desinstitucionalização; ao mesmo tempo que a Lei 7.209/1984 promove a manutenção do HCTP no direito criminal brasileiro mesmo com as mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica brasileira. Destarte

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP é, atualmente, o local por excelência de reclusão da loucura criminosa. Enquanto a reforma psiquiátrica trouxe, a rigor, a exclusão dos manicômios tradicionais em nosso país, a medida de segurança detentiva ainda promove a segregação de sujeitos portadores de sofrimento psíquico em asilos assemelhados a prisões. (PAIXÃO, 2022, p.58)

No contexto Sergipano, o Conselho Penitenciário do Estado de Sergipe, referente à sua atuação nos anos 2005/2007 refere um relatório das condições do Manicômio Judiciário no Estado. São eles:

a) O Manicômio Judiciário encontra-se concebido como uma “prisão para loucos” e não como hospital de custódia e tratamento de doentes mentais pessoas que precisam muito mais de tratamento psiquiátrico e psicológico do que de repressão e castigo, consoante ensinamentos da moderna doutrina penal, de execução [sic] penal e psiquiátrica; b) Existência de uma superpopulação de reclusos no cumprimento de medida de segurança detentiva, posto que o Manicômio Judiciário tem capacidade para 20 (vinte) inimputáveis e abriga 77 (setenta e sete) doentes mentais internados por determinação judicial; c) Ausência de profissionais de saúde no próprio manicômio, o que se apresenta como inconcebível. Não existe enquanto servidores fixos e ocupantes de uma carreira específica profissionais de saúde (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) no Manicômio Judiciário; d) Além disso, foram-nos apresentadas denúncias de falta de alguns remédios de uso periódico e obrigatório o que agrava a situação dos reclusos; e) Abandono material e ausência de desenvolvimento de práticas psicoterápicas com os reclusos, sendo os mesmos largados no ócio e na promiscuidade do convívio [sic] coletivo; f) Absoluta ausência de atividades de lazer e de ocupação cotidiana, ficando os reclusos na maior parte do tempo dentro de celas com grades; g) Colocação de quatro, cinco e até seis detentos na mesma cela, sem o mínimo de assepsia, dormindo em camas de cimento, sem colchão e cobertores, em total e completo abandono material; h) Odor fétido exalado pelas fossas e sanitários existentes nas celas e nos banheiros coletivos; i) Desrespeito à individualidade do doente mental, obrigado a fazer seu asseio pessoal de forma coletiva e na presença dos guardas prisionais; j) Ausência de um adequado acompanhamento social, posto que não existe uma política de aproximação das famílias com os inimputáveis que se encontram reclusos no manicômio. (BRASIL, 2011)

Em Sergipe, a Unidade de Custódia Psiquiátrica recebe usuários em sofrimento psíquico que estão em conflito com a lei. Ademais, destina-se ao cumprimento de Medida de Segurança (prevenção especial, ou seja, na forma de segurança) para aqueles considerados inimputáveis e semi-imputáveis, de acordo com o Código Penal brasileiro. Os usuários da UCP/SE são institucionalizados por diversas infrações (homicídios, roubos, violência doméstica, ameaças, furtos, etc.) em regime de privação de liberdade, até que cesse a sua periculosidade e possa voltar ao convívio social.

Tal qual a pena privativa de liberdade, a execução da medida de segurança também é regida pela Lei de Execução Penal. Guardada as particularidades que envolvem o instituto, o regime jurídico de privação de liberdade do inimputável é evidente. A própria legislação prevê que se aplica ao HCTP, no que couber, os requisitos estruturais mínimos

de uma cela penitenciária, a saber: salubridade e área mínima de seis metros quadrados (art. 99, parágrafo único, LEP)

No que se refere a Inimputabilidade, o apenado é isento de pena que por motivo de doença mental ou retardo mental é incapaz de entender o caráter ilícito do fato. Assim, o juiz pode determinar internação em Unidade de Custódia Psiquiátrica ou tratamento ambulatorial (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade do indivíduo, com prazo mínimo de ser de 01 a 03 anos de reclusão. (Art.26, Art.97, Art.97 § 1º. do Código Penal brasileiro). Portanto, não será aplicada a pena tradicional de prisão, visto que no momento do delito por causa do sofrimento psíquico não entendeu o fato ilícito da ação, mas aplicar-se-á outro tipo de sanção penal: medida de segurança. De acordo com SANTOS (2020, p.301)

É o atributo jurídico de indivíduos com determinados níveis de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica, necessários para compreender a natureza proibida de certas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão.

Em relação à Semi-Imputabilidade, a pena poderá ser reduzida de 01 a 2/3 se o indivíduo por perturbação mental ou desenvolvimento mental incompleto não era totalmente capaz de entender o fato delituoso. Portanto, a pena privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança, ou seja, internação em Unidade de Custódia Psiquiátrica ou tratamento ambulatorial (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS); pelo prazo mínimo de 01 a 03 anos de reclusão. (Art. 26 do Parágrafo Único e Art. 98 do Código Penal brasileiro)

A referida lei não apresenta prazo máximo para internação nas UCPs, o que contribui para longos anos de internação. Diante disso, a institucionalização compulsória promove a fragilização de vínculos familiares e sociais e ao ser desinstitucionalizado encontram-se em total desamparo e exclusão da dinâmica social e familiar. Diante disso, PAIXÃO (2022) destaca:

O Código Penal não prevê prazo máximo para a duração do instituto, fator este que possibilitou, desde a criação dos Manicômios Judiciários, internações que extrapolaram, e muito, a vedação a penas de caráter perpétuo. Pacientes trancafiados há mais de trinta ou quarenta anos nessas instituições, e que, mesmo com sentenças de desinternação, continuaram lá. O tempo passado foi o suficiente para cortar seus laços familiares, comunitários e sociais, e sair desses espaços era sinônimo, muitas vezes, de desamparo total. (PAIXÃO, 2022, p.38)

O condenado cujo transtorno mental manifesta-se no curso da execução da pena privativa de liberdade, ou seja, quando o cidadão desenvolve sofrimento psíquico em

decorrência do encarceramento em presídios comuns, também é internado no HCTP, seja em razão da conversão da pena em medida de segurança (art. 183 da LEP), seja porque o juiz assim o tenha determinado (art. 108 da LEP) É a denominada medida de segurança detentiva. O cumprimento de medida de segurança em HCTP pressupõe a internação, o que implica em privação da liberdade por parte da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. (BRASIL 2011)

Além disso, nos artigos. 96 a 98-A no que diz respeito a medida de segurança, o juiz poderá conceder ao usuário que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita a família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que tiver sido internado. De acordo com os resultados das desinternações progressivas, e realizada a perícia, caso seja verificada a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar sua transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público. (BRASIL, 2011)

A lei prevê a permanência nessa instituição até a averiguação de perícia médica da cessação de periculosidade com laudo psiquiátrico favorável para retorno ao território e tratamento ambulatorial. Portanto, o legislador penal mantém a centralidade da perícia e da atenção à saúde mental da pessoa com transtorno mental na figura do médico e não da equipe psicossocial, conforme preconiza a lei n. 10.216/2001. É oportuno destacar que o Manual da Política Antimanicomial de 2023 do CNJ refere que a cessação de periculosidade “figura como atestado que visa prever aspectos futuros da vida da pessoa, ligados à sua reinserção social e à possibilidade de cometimentos de novos delitos”. Assim

O sistema de medidas de segurança tem como conceito-chave a periculosidade, liga-se, pois, ao paradigma etiológico, punindo não porque a pessoa possui livre-arbítrio e age contrariamente ao direito, mas porque o sujeito não tem capacidade de autodeterminar-se já que é doente/perigoso. (PAIXÃO, 2022, p.41)

Outra Legislação importante que após as mudanças no campo da saúde mental com o advento da reforma psiquiátrica é a Lei 13.146/2015, a qual refere-se ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, a qual visa “assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando sua inclusão e cidadania” (BRASIL, 2015). É mister destacar que nos artigos de 4º a 8º da referida lei é vedado a discriminação, a garantia do exercício de sua liberdade, proibição

de tratamento desumano ou degradante, promoção da emancipação da plena capacidade civil e garantia de convivência social e familiar. Diante disso, há contradição com as internações manicomiais, uma vez que os sujeitos com deficiência mental nessas instituições possuem privação de liberdade e cuidado mental de forma asilar e não territorial.

Ademais, o TJSE através da portaria nº56/2021, foi criado o Grupo Interinstitucional de Trabalho sobre Atendimento e Atenção Integral ao Paciente Judiciário e à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei com fim de estratégias de desinstitucionalização da medida de segurança, no qual há o envolvimento de todos os profissionais envolvidos na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, por exemplo, RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) de Aracaju/SE, CNJ - Conselho Nacional de Justiça, 7º Vara de Execuções Penais e técnicos da UCP. São objetivos da referida portaria:

Art. 1º [...] estabelecer procedimentos e fluxo interinstitucional para a execução e o acompanhamento das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e subsidiar o desenvolvimento e pactuação de estratégia permanente para a desinstitucionalização e atenção integral a estes pacientes no Estado de Sergipe.

Art. 3º [...]

I - Estabelecer procedimentos e fluxo para a desinternação e a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe;

II - Estabelecer procedimentos e fluxos junto à rede de atenção psicossocial do estado de Sergipe para o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental que sejam apresentadas nas Audiências de Custódia;

III – Formular propostas para qualificação da execução de medidas de segurança de tratamento ambulatorial;

IV – Elaborar plano de ação estadual para implantação de estratégia de desinstitucionalização e atenção integral a pacientes judiciários e pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Estado de Sergipe;

V – Propor celebração de Termo de Cooperação Técnica para a implantação de estratégia permanente de desinstitucionalização no Estado de Sergipe;

VI – Propor atos normativos para a formalização dos fluxos estabelecidos.

Imperioso destacar também que no ano de 2015 foi emitido um Relatório de Estabelecimentos Penais de Sergipe, no qual nos dias 19 e 20 de outubro do referido ano ocorreu inspeção os estabelecimentos prisionais. Nesse documento, são apresentadas recomendações a serem adotadas visando garantia dos direitos humanos e aprimoramento do sistema penal no Estado. A Unidade de Custódia Psiquiátrica é citada no relatório e são emitidas algumas recomendações para aplicação da Lei 10.216/2001. São elas:

- Que implementem o Grupo Condutor Estadual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), adiram ao Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa Com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, conforme Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, e constituam uma Comissão de Trabalho Específica (vinculada ao Grupo Condutor Estadual) para a elaboração e implementação desse Serviço; contratem e cadastrem essas equipes no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014, para o atendimento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e em cumprimento de medida de segurança, orientado pela Lei 10.216/2011, buscando a modulação da medida de segurança com vistas ao tratamento e à efetividade da intervenção judicial, bem como a identificação das necessidades de melhoria da rede de saúde mental que permita a modulação da medida de segurança e a capacitação dos envolvidos no fluxo (Polícias, Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Saúde, Assistência Social e Sistema Penitenciário). Para tal, que considerem como referências os Programas de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) de Goiás e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) de Minas Gerais; 21. Que definam e implantem nos estabelecimentos penais as Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), conforme Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 e Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, responsáveis pelo fluxo de atendimento às pessoas presas com dependência química, assim como no Hospital de Custódia e Tratamento; que realizem a capacitação desses profissionais de saúde nos estabelecimentos penais na lógica do SUS, a reserva de leitos em hospitais gerais ou Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), para o melhor acompanhamento de situações de abstinência e crise, adotando medidas terapêuticas tais como o fornecimento da medicação necessária, conforme disposto na Lei 10.216/2001;
- Que atuem em conjunto com as áreas de Saúde no Sistema Prisional e saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde, a fim de estabelecer um fluxo de atendimento para os casos de dependência química, principalmente para pessoas com transtorno mental em conflito Página 103 com a lei e/ou medida de segurança, fixando prazo máximo e critério clínico que estruturam um Projeto Terapêutico Singular (PTS), respeitando as diretrizes da Lei 10.216/2001 e em articulação com as equipes de saúde no sistema prisional e equipes de saúde da Rede de Atenção à Saúde, que ofertam cuidado para esses presos;
- Que o Juiz da Execução Penal designe o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa Com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, conforme Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, para avaliar e acompanhar todos os casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; e que se mantenha a regularidade, ao menos anual, junto ao Instituto de Criminalística responsável no Estado, para que sejam emitidos os documentos que atestem a condição de saúde mental das pessoas em medida de segurança com vistas à “cessação de periculosidade”, momento em que Serviço supra poderá também informar ao Juízo, diante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), substitutivos ao modelo asilar, que a pessoa em medida de segurança será cuidada e acompanhada.
- Que oriente os juízes para implementação da Resolução 113 do CNJ de 20 de abril de 2010, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de medida de segurança, e dá outras providências; e que se oriente sobre a aplicação da Lei 10.216/2001, que trata da reforma psiquiátrica brasileira, e sobre a implantação e utilização do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (Portaria MS nº 94/2014);
- Que seja verificada a situação de alguns custodiados no HCTP que, após receberem alta, continuam internados por falta de liberação do judiciário

O Serviço Social historicamente tem inserção na política de saúde mental no Brasil, inicialmente, nas décadas de 1910 e 1920, sob interferência da vertente doutrinária católica e do movimento de Higiene Mental. De acordo com Vasconcelos (2002, p.185) a profissão

É marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da igreja católica e da corporação médica.

A formação dos primeiros assistentes sociais no Brasil traz disciplinas relacionadas à higiene mental e à educação popular. Conseqüentemente, com a ampliação na década de 1960 da saúde mental com a multiplicação de clínicas e hospitais psiquiátricos particulares, devido à privatização ocorrida na saúde nessa época, há um aumento na contratação desses profissionais para trabalhar na saúde mental; assim como em hospitais de custódia. De acordo com Bisneto (2007, p.23)

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de saúde mental.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na década de 1970 e 1980 luta no rompimento com conservadorismos profissional e utiliza-se como base teórica o marxismo. Nesse sentido,

Foi com a crise do regime ditatorial instaurado em 1964, expressa no contexto das lutas pela democratização da sociedade brasileira - lutas essas que adquirem visibilidade política na segunda metade da década de setenta -, que se gestou o solo histórico, o terreno vivo, que tornou possível uma abrangente, profunda e plural renovação do Serviço Social. Essa renovação se impôs como socialmente necessária à construção de respostas profissionais àquela crise, no sentido de o Serviço Social garantir e preservar sua própria contemporaneidade: sua necessária conciliação como tempo e a história presentes. Processo renovador que atinge os campos do ensino e da pesquisa, da prática e da organização político-corporativa da categoria profissional e que se repõe hoje, de forma proeminente e decisiva, na análise dos fundamentos éticos da ação profissional. (CONCEIÇÃO, 2022, p.30-31 apud IAMAMOTO, 2007)

Essa profissão que sofre um histórico processo de transformações até assumir sua feição contemporânea expressa em documentações tais como seu Código de Ética (1993)

e as Diretrizes Curriculares propostas pela ABEPSS, tem apresentado importante contribuição ao movimento de reforma psiquiátrica no país a partir de seu Projeto Ético-Político (PEP), tendo em vista as relevantes convergências entre ambos (CONCEIÇÃO, 2022), a exemplo daquelas anteriormente destacadas. Nesse sentido, pode-se afirmar que a prática profissional se redefine, de acordo com o contexto histórico e a intervenção do Serviço Social está diretamente articulada às mudanças na relação capital/trabalho e na organização das políticas sociais.

A luta pela defesa dos direitos civis, políticos e sociais não assegura a transformação da sociedade de autocracia burguesa, mas pressiona o Estado a oferecer respostas, através das políticas públicas, com fim na garantia de direitos legalmente assegurados, conforme afirma Cunha(2016). O Projeto Ético-Político da profissão é a favor da liberdade e contra toda forma de discriminação, mostra-se contrário à ordem social capitalista, ou seja, as/os assistentes sociais, em seu exercício profissional, devem contribuir para a desinstitucionalização nos termos da reforma psiquiátrica/Luta Antimanicomial, isto é, para a superação dos hospitais de custódia e/ou manicômios judiciários, tendo em vista que essas instituições manicomiais retiram a liberdade do cidadão em sofrimento psíquico indo de encontro ao que preconiza a Lei 10.216/2001 e ao Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Considerado a função precípua do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e suas características estruturais marcadas por sua dimensão prisional que se confrontam com o que preconiza a reforma psiquiátrica, chama-nos atenção o exercício profissional do/a assistente social nesse contexto institucional, sua dinâmica e a possibilidade de materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social, objeto de nossa preocupação no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2 - O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE

No presente capítulo tratamos sobre o exercício profissional do/a assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE), considerando o perfil das profissionais, intencionalidade da atuação profissional, principais atividades e instrumentos utilizados para sua realização, entre outros aspectos.

2.1 LÓCUS DA PESQUISA – NOTAS SOBRE O HISTÓRICO INSTITUCIONAL

A Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe localizada na Rua Argentina, nº 421, bairro América, Aracaju/SE têm sua estrutura física datada de 1985 e, antes de sua destinação final, funcionou como centro de saúde, adjacente às instalações da antiga Casa de Detenção da capital (SANTOS, 2016, p. 28). A experiência de estágio proporcionou observação da dinâmica institucional e, especialmente, a construção de uma relação mais direta com as ações realizadas pelas assistentes sociais que lá atuam.

A Unidade de Custódia Psiquiátrica foi inaugurada em 1985 como Manicômio Judiciário Lemos de Brito e que após a Reforma Psiquiátrica mudou seu nome para Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico em 2004, mas permaneceu seu caráter prisional. No ano de 2020 houve outra mudança de nomenclatura para Unidade de Custódia Psiquiátrica, permanecendo até o ano corrente. A UCP (Unidade de Custódia Psiquiátrica) está vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e do Consumidor (SEJUC). Os recursos da UCP são de fundo governamental, especificamente da Secretaria de Estado da Justiça e de Defesa ao Consumidor. Contudo, alguns profissionais da UCP são contratados através da Secretaria de Estado da Saúde, ou seja, quem mantém o salário desses profissionais em específico é a referida secretaria.

Em Sergipe, a Unidade de Custódia Psiquiátrica recebe usuários em sofrimento psíquico que estão em conflito com a lei. Ademais, destina-se ao cumprimento de Medida de Segurança (prevenção especial, ou seja, na forma de segurança) para aqueles considerados inimputáveis e semi-imputáveis, de acordo com o Código Penal brasileiro. Os usuários da UCP são institucionalizados por diversas infrações (homicídios, roubos, violência doméstica, ameaças, furtos, etc) em regime de privação de liberdade, até que cesse a sua periculosidade e possam voltar ao convívio social.

Na instituição, são admitidas pessoas com laudo psiquiátrico favorável à doença mental com medida de segurança, internação provisória ou estabilização determinada. Em relação a esse último, muitos usuários são transferidos de outras unidades prisionais, por exemplo, COPECAM (Complexo Penitenciário Dr. Manoel Carvalho Neto – Presídio São Cristóvão), COMPAJAF (Complexo Penitenciário Antônio Jacinto Filho – Presídio Santa Maria), PREFEM (Presídio Feminino – Povoado Taboca), Cadeião de Socorro (Cadeia Territorial de Nossa Senhora do Socorro – Povoado Taboca) e CPAB (Cadeia Pública de Areia Branca), quando apresentam gravidade em saúde mental e retornam com avaliação psiquiátrica favorável normalmente em 01 ou 02 meses para continuação de pena privativa.

A unidade dispõe de uma equipe técnica multidisciplinar que garante aos internos atendimento por profissionais das áreas de psicologia, médico psiquiátrico e clínico geral, enfermagem, odontologia, farmácia, pedagogia e serviço social. O quadro profissional também é composto pelo corpo diretivo, administrativo e de segurança realizado por Policiais Penais e possui capacidade para 75 internos entres estes (67 homens e 08 mulheres). No momento atual, há 88 usuários homens e 05 mulheres.

O setor do Cartório, composto por uma (01) Policial Penal, com graduação em Direito, e dois (02) estagiários. Este setor é responsável por registrar, controlar, atualizar diariamente a movimentação dos internos, recebimento e acolhimento no que se refere às questões judiciais dos usuários.

O setor de enfermagem é responsável pela admissão dos usuários na UCP, através do SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), na qual realiza exame físico e testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C, aferição de sinais vitais; registrando em prontuário os dados colhidos. Ademais, há o acompanhamento clínico diário do cidadão em sofrimento psíquico, bem como administração de medicamentos e dos cuidados necessários.

O setor de Psicologia da unidade é composto atualmente por duas (02) psicólogas e (02) estagiárias. No período de institucionalização do interno são realizados atendimentos individuais, grupais e familiares; orientação educacional aos Policiais Penais, visitas aos dormitórios, registros em prontuários, supervisão a estagiários e elaboração de projetos, relatórios e atividades culturais.

O Serviço Social atualmente é composto por duas Assistentes Sociais e (02) duas estagiárias. No processo de admissão do(a) cidadão(ã) com medida de segurança, as

referidas profissionais são responsáveis por providenciar e solicitar documentações (RG, CPF, termo de curatela, comprovante de residência e entre outros) junto a familiares e/ou responsáveis legais, entrevista social ao usuário e familiares, preenchimento de ficha social e evolução social, orientações a familiares e usuários no que se refere ao processo de internação e desinstitucionalização, cadastro de responsável familiar para visitação, emissão de relatório social via judicial ou solicitado pela Direção. É imperioso ressaltar que as profissionais do Serviço Social viabilizam reuniões de matriciamentos mensais com a rede de saúde e psicossocial (CAPS, CRAS e CREAS), instituições de acolhimento públicas, privadas e filantrópicas e residências terapêuticas; registro diário das atividades desenvolvidas, supervisão de estagiários, visitas domiciliares e institucionais.

O setor da Farmácia é composto por um (01) farmacêutico e um (01) técnico em farmácia. Os profissionais são responsáveis pelo gerenciamento do consumo e distribuição individualizada de medicação psicotrópica e clínica, em ação conjunta médico farmacêutica no seu uso.

Em relação a Odontologia, é composto por (01) um cirurgião dentista e (01) uma assistente em saúde bucal. Os referidos realizam atendimento clínico, procedimentos (restaurações, profilaxia e entre outros) e orientações da higiene bucal.

O setor Educacional, é formado por uma (01) coordenadora pedagógica Policial Penal e (02) duas pedagogas cedidas pela Secretaria de Estado da Educação (SEDUC). Os profissionais visam alfabetizar os usuários, através do EJA (Ensino Jovens e Adultos), preparação para exames de conclusão do ensino médio (ENCCEJA e ENEM), participação em atividades interdisciplinares.

O setor da Psiquiatria é composto por (02) médico psiquiatra para atendimentos clínicos, (01) um médico psiquiatra perito para elaboração de laudos de insanidade mental, (01) uma Policial Penal que realiza apoio administrativo e (01) uma estagiária. As atividades desenvolvidas são: atendimentos semanais e individuais, consultas psiquiátricas desta unidade e de outras unidades prisionais, avaliações psiquiátricas solicitadas por via judicial e direção, elaboração de relatórios psiquiátricos, exames periciais e prescrições de medicações psicotrópicas.

Mensalmente ocorrem reuniões de matriciamento com todas as Redes de Atenção Psicossocial (CAPS, CRAS e CREAS) do estado sergipano de referência territorial do interno visando estudo de caso e acompanhamento psicossocial durante o período que está custodiado, bem como, articulação de estratégias que visem os cuidados e a

desinstitucionalização do paciente de forma adequada e segura tanto para o interno, quanto para o familiar e a sociedade.

Na Unidade, há o acesso livre à assistência religiosa prestada por grupos religiosos devidamente cadastrados na UCP. São eles: Igreja Adventista do 7º Dia, Pastoral da Igreja Católica, Universal e Espírita. Além disso, a instituição possui parcerias com as universidades privadas e federais em proporcionar campo para pesquisa e atividades para os usuários. As universidades são: UFS, UNIT, UNINASSAU e ESTÁCIO

Destarte, em se tratando de Projetos voltados ao internado, destaca-se o CELEBRAR que acontece a cada bimestre com os aniversariantes do mês e visa a comemoração da vida dos sujeitos internados, como também fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Nesse evento há a presença de familiares, da rede de atenção psicossocial do usuário e convidados externos.

Na dinâmica institucional e na estrutura física das UCPs, em especial a Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, tem banhos de sol, celas, algemas, ligações telefônicas, visitas familiares, revistas e entre outros. O único diferencial o qual podemos citar é foco no tratamento psiquiátrico acompanhado de equipe multidisciplinar - assistente social, psicólogo, enfermeiros, dentista, médico clínico e psiquiátrica.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA

O exercício profissional das/os assistentes sociais na saúde mental tem como norte a Reforma Psiquiátrica, ou seja, a defesa da desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátricos e/ou Unidade de Custódia para as pessoas em sofrimento psíquico. Para Bisneto (2007), na atualidade, muito do trabalho promovido pelo profissional do Serviço Social nas instituições psiquiátricas, tem como foco de demanda “está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário” (p. 19).

O profissional do Serviço Social, no campo da saúde mental, atua de maneira plural quando se utiliza também das explicações do marxismo para compreensão da exclusão do “louco”, para demandar os direitos sociais e a cidadania das pessoas que vivem com

transtorno mental, compreendendo também as explicações da Medicina e da Psicologia da loucura como sendo uma doença mental (BISNETO, 2007).

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

Quando observamos a atuação do/da assistente social no campo da saúde mental, percebemos que os profissionais são direcionados a intervirem sobre fenômenos de demandas sociais ou contextual, bem como, para atuarem sobre qualquer ocorrência que prejudique o planejamento psiquiátrico da instituição. Dessa maneira, além de atender aos interesses das instituições garantindo eficiência, Rosa (2003) coloca que os profissionais do Serviço Social atendem aos interesses dos usuários, interferindo não somente acerca dos seus quadros psiquiátricos, mas também, nas dificuldades do abandono familiar, agindo para o retorno à sociedade.

Para além disso, o/a assistente social em instituições psiquiátricas apresenta como principal objetivo a desinstitucionalização dos usuários. Em consonância com a Reforma Psiquiátrica e com a Lei Federal 10.216/2001, o cuidado em saúde mental é com uma rede de atenção à saúde mental territorial substitutiva à internação, assim como a diminuição progressiva de leitos psiquiátricos.

No Movimento de Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O/a assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico. (BISNETO, 2007, p. 61)

O campo da saúde mental demanda muitos assistentes sociais, é imprescindível que o/a profissional esteja comprometido com o Projeto Ético-Político e com os princípios expressos o Código de Ética com vistas ao entendimento e ações efetivas nas expressões da “questão social” que aparecem cotidianamente no exercício profissional. Para além disso, Iamamoto (2009, p.176-177) destaca:

Decifrar as novas mediações através das quais se expressa a “questão social” na cena contemporânea é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa apreender as várias expressões que as desigualdades sociais assumem na atualidade e os processos de sua produção e reprodução ampliada; e para projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida. [...] Assim, apreender a “questão social” é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida, construídas no cotidiano.

Ao interferir na área da saúde mental o/a assistente social assistente social pode atuar

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

Podemos identificar também que a Rede socioassistencial e de atenção psicossocial – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – colaboram e permitem viabilizar a efetivação do trabalho prestado pelo Serviço Social na instituição, possibilitando inclusive que o profissional do Serviço Social construa junto aos usuários relações fundadas nos princípios fundamentais norteadores da profissão. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS já se firmam como

[...] dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais. (SUS, 2010, p.69)

O trabalho do profissional do/a assistente social é de extrema importância para a vida do usuário e seus familiares, tendo em vista que desde o momento de ingresso do paciente na Unidade de Custódia Psiquiátrica, o mesmo é acolhido, acompanhado e avaliado periodicamente por uma equipe multiprofissional, cujos profissionais interagem no dia a dia do paciente, bem como na preparação para a saída deste através da articulação com a rede.

A articulação da rede caracteriza-se como uma ferramenta fundamental no desenvolvimento do planejamento, avaliação e monitoramento dos usuários da Unidade de Custódia Psiquiátrica, bem como, auxilia no encaminhamento para o acesso a Rede de Saúde Mental e Socioassistencial a programas, projetos, serviços e benefícios. Para isso,

esta articulação se dá em prol da análise dos riscos e vulnerabilidades no que tange o retorno e segurança do usuário, por meio da análise de território, subsidiando uma análise da totalidade e, ao mesmo tempo, possibilitando uma ação ativa dos equipamentos da rede.

Essa função da articulação da rede, de acordo com Andrade et. al, se caracteriza como:

a articulação de setores que permitem a viabilização dos direitos, e âmbito onde a atuação do assistente social está totalmente relacionada. Então, é necessário que este profissional entenda a dinamicidade desta rede para que, além de encaminhar os usuários para o acesso aos serviços sociais, possa visualizar a realidade das instituições e do Estado influenciados pelo sistema capitalista junto aos ideais neoliberais que têm causado o processo de contrarreforma do estado, podendo, então, criar intervenções que ultrapassem os limites impostos por este contexto social. (ANDRADE ET. AL, p.2, 2015)

Dessa forma, a articulação da rede mostra a sua relevância, já confirmada pela sua definição, uma vez que, a mesma se caracteriza como ferramenta fundamental na análise da realidade concreta dos usuários da referida política, dos programas, serviços e benefícios ofertados por ela e, sobretudo, do território que ela está inserida.

Neste sentido e em consonância, com o previsto na RECOMENDAÇÃO Ministerial da 1ª Promotoria de Justiça da Execuções Criminais de Aracaju/SE, de 05/11/2021, o Serviço Social vem atendendo o que está contido no item 6 da referida RECOMENDAÇÃO. “QUE seja realizada pela equipe multidisciplinar a articulação com as Redes de Atenção Psicossocial do Estado e dos Municípios, secretarias e serviços da Assistência Social do Estado e dos Municípios, as famílias, ou outras instituições necessárias para preparar a saída do paciente, que deve ser prevista e planejada no Projeto Terapêutico Singular”. As instituições que auxiliam o corpo de profissionais na UCP para acompanhamento do usuário e preparação para a desinstitucionalização são: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CNJ (Conselho Nacional de Justiça) e Secretaria de Assistência Social a nível Estadual e Municipal, Casa de Passagem, Residências Terapêuticas e entre outras.

A Política Nacional de Saúde Mental busca promover um modelo de atenção que garanta o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, na comunidade de pertencimento junto a família e com acesso à rede de cuidados de acordo com suas necessidades. Destarte, alguns arcabouços legais foram imprescindíveis para a consolidação dessa política e que incide em Sergipe. São eles:

1. **Lei Federal nº10.216, de 06 de abril de 2001:** dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
2. **Portaria GM/MS nº3.088, de 23 de dezembro de 2011:** institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS
3. **Portaria GM/MS nº159, de 05 de março de 2014:** o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Sergipe e Municípios;
4. **Deliberação CIE nº135/2002:** aprova a utilização dos Planos da RAPS no estado de Sergipe;
5. **Resolução CNJ nº487, de 15 de fevereiro de 2023** – institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

O estado de Sergipe tem uma população estimada em 2.318.822 segundo o IBGE 2022. Possui 75 municípios que se dividem em 07 Microrregiões. Destes 75 municípios, 41% possui menos de 15 mil habitantes. De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, temos 33 municípios que possuem Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), totalizando 44 CAPS. Além deles, temos 03 Unidades de Acolhimento Adulto (UA), 11 Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) qualificadas, 08 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM), 09 leitos de Observação e 16 leitos de retaguarda na urgência de saúde mental no Hospital São José, 14 leitos na Unidade Hospitalar para Internação hospitalar Especializada em Saúde Mental no Hospital São José, 07 leitos no Hospital Universitário com Enfermaria Especializada psiquiátrica e 80 leitos em Hospital Especializado Psiquiátrico na Clínica de Repouso São Marcelo, que funciona integrado a Rede e o acesso é realizado através de regulação.

O serviço social na UCP/SE também tem como base normativa a Lei de Execução Penal – LEP (Lei nº7.210 de 11/07/1984), visto que é uma instituição que apresenta, como já discutido, caráter penal e de saúde mental. Diante disso, demanda do/a assistente social entendimento da lei, visto que no Sistema Prisional esse profissional contribui para a

reconstrução de laços familiares e contribui para o retorno do usuário ao retorno para o convívio social no território. Contudo, a profissão é identificada na LEP como “assistência social”, o que não corresponde aos termos estabelecidos na Lei nº 8.662/1993 com relação às atribuições privativas do/a assistente social. É oportuno destacar que a “Assistência Social” é uma política pública no âmbito da seguridade social prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Tal questão já foi apontada por outros estudos:

Pereira (2012) aponta que a referida Lei, embora promulgada em 1984, carrega ainda uma visão desatualizada do Serviço Social e da legislação da Política de Assistência Social. Explica que muitas conquistas da Constituição de 1988, como a Assistência Social, não estavam asseguradas em lei em 1984, o que contribuiu para os equívocos na redação da LEP. Já havia um movimento político efervescente de questionamento do cerceamento dos direitos dos cidadãos na passagem para o regime democrático e o texto da LEP não refletiu essas transformações que transcorriam no contexto brasileiro. Ela lembra também que a LEP foi construída em momento que o 130 Serviço Social estava revisando seus referenciais teórico-metodológicos, éticos e políticos, daí vermos refletida na lei a citada defasagem no papel da profissão na sociedade. (CUNHA, 2016, p.129)

O/a Assistente Social que atua no Sistema Prisional visa contribuir para a reconstrução de laços sociais do usuário com sua família e o território para seu retorno ao convívio social.

A atuação do Assistente Social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe – UCP/SE pretende contribuir para a reinserção social do usuário em seu meio social, em consonância com a Lei n. 10.216/2001 que redirecionou o modelo assistencial asilar da saúde mental (isolamento do ser-social e estigma doença-cura) para o cuidado em meio social (melhoria na qualidade de vida do usuário e familiares com objetivo de recuperar vínculos familiares e sociais ao longo do processo de assistência em saúde mental em seu convívio social). Portanto:

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. (Ministério da Saúde, 2005)

O profissional proporciona o acolhimento do usuário em sofrimento psíquico em até 05 dias de inserção na unidade com finalidade de colher informações de seu contexto familiar. Além disso, realiza-se atendimento social diário para os familiares para entender o contexto sociofamiliar e cadastro para visitas.

É assegurado também que o usuário esteja em dia com suas documentações e aquisição de benefícios assistenciais. O BPC (Benefício de Prestação Continuada) é garantido a cidadãos, nesse caso, em sofrimento psíquico que apresentam algum CID relacionado a saúde mental de acordo com a avaliação psiquiátrica; no valor de um salário mínimo por mês e que o núcleo familiar tenha renda igual ou menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Outrossim, o Programa de Volta para Casa, que consta na Lei Federal 10.708 sancionada em 2003 pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, promove a inserção social do egresso de hospitais psiquiátricos ou nesse caso Unidade de Custódia Psiquiátrica. É destinado para usuários com mínimo de 02 anos de reclusão e no valor de R\$500,00 (quinhentos reais) no período de 01 ano com possibilidade de renovação e se o município de referência do interno fez a adesão ao programa. Desde o ano 2003 até o ano corrente (2023) o PVC funciona conforme a lei e com mudanças no valor ao longo desse período, com valor final de R\$500,00 (quinhentos reais).

O exercício profissional do assistente social na UCP/SE ocorre em articulação com equipe multiprofissional, visto que há correlação de estudos de caso e acompanhamento com o setor da enfermagem, psicologia, pedagogia e policiais penais. É importante destacar que ocorrem mensalmente reuniões de matriciamento com todas as Redes de Atenção Psicossocial e Socioassistencial (CAPS, CRAS e CREAS) do estado sergipano de referência territorial do usuário visando estudo de caso e acompanhamento psicossocial durante o período que está custodiado, bem como, articulando estratégias que visem a desinstitucionalização do mesmo de forma adequada e segura tanto para o cidadão em sofrimento psíquico, quanto para o familiar e a sociedade. Cumpre destacar que o

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. (CHIAVERINI, 2011, p.13)

Para usuários que não possuem vínculo familiar ou estão fragilizados o serviço social articula junto a Rede de Atenção da Saúde Mental e Assistência Social reuniões para discutir estratégias de acolhimentos por meio de Residências Terapêuticas - que se trata de moradias públicas ou privadas que visam atender portadores de transtornos mentais graves e/ou egressos de hospitais psiquiátricos. É um mecanismo de suma importância para a construção de autonomia e reintegração social na comunidade. Dessa forma:

O complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. (Ministério da Saúde, 2005)

A escuta qualificada é um dos instrumentos fundamentais do exercício profissional do assistente social na UCP, visto que é a partir da vontade do cidadão que se busca construir sua autonomia, entender seus conflitos e ajudá-lo a se restabelecer da doença mental. Há também o direito da ligação assegurado aos usuários, com foco naqueles que os familiares não visitam por motivos financeiros, de saúde física e mental e distância territorial.

É necessário destacar que é requisitado do/a assistente social relatório social, via judicial, dos usuários com fim de mostrar seu histórico social, perspectiva de vida, vínculos familiares, articulação de rede e se o usuário está apto ou não a ter o cuidado em saúde mental em convívio social e não recluso da sociedade; ou seja, todo o caminho de cuidado percorrido na UCP para a desinstitucionalização deste. O trabalho do assistente social é de suma importância na vida do usuário em sofrimento psíquico e suas famílias, tendo em vista que desde o momento de entrada do paciente na Unidade de Custódia Psiquiátrica, este é acolhido, acompanhado e avaliado periodicamente por uma equipe multidisciplinar, cujos profissionais interagem no dia a dia do usuário assim como na preparação para seu retorno ao convívio em sociedade.

2.3 Atuação profissional das assistentes sociais na UCP/SE

Na direção de aprendermos as particularidades do exercício profissional do/a assistente social na UCP/SE, consideramos importante situar o perfil das profissionais da referida instituição.

Na UCP/SE atuam assistentes sociais do sexo feminino, o que nos remete ao perfil da categoria profissional marcadamente de predominância feminina, desde o início da história do Serviço Social. As duas profissionais têm faixa etária entre 50 e 56 anos, cursaram graduação em Instituições de Ensino Superior privadas. Quanto ao ano de formação, a Assistente Social 1 graduou-se na década de 2000, enquanto a Assistente Social 2 na década de 1990. No que se refere a formação continuada, as duas realizaram pós-graduação e participaram (participam!) de cursos, palestras e/ou seminários na

instituição. Esse é um importante dado, pois de acordo com o Código de Ética Profissional de 1993, a formação continuada é direito e responsabilidade do/a Assistente Social descrito no art. 2º letra f: “aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código”. A formação continuada é fundamental, considerando a dinâmica completa e em constante transformação da realidade social e, por conseguinte, das expressões da “questão social”. De acordo com (IAMAMOTO, 2009, p. 176-177) salienta:

Por isso, decifrar as novas mediações através das quais se expressa a “questão social” na cena contemporânea é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa apreender as várias expressões que as desigualdades sociais assumem na atualidade e os processos de sua produção e reprodução ampliada; e para projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida. [...] Assim, apreender a “questão social” é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida, construídas no cotidiano.

No que se refere à atuação em instituição de caráter penal e/ou saúde mental, a assistente social 1 relata que a experiência na UCP/SE é a sua primeira experiência de trabalho com tais características. Já a assistente social 2 menciona experiência anterior em instituição de regime fechado, mas com medida socioeducativa. O tempo de trabalho de ambas na instituição é de 0 a 02 anos. No que se refere ao vínculo de trabalho, uma é na forma de Cargo Comissionado cedida para a UCP e a outra celetista (admitida mediante processo seletivo). Isso implica em diferença na carga horária, sendo que a assistente social 1 tem carga horária semanal de 30 horas semanais e a assistente social 2 de 20 horas semanais.

Ao considerarmos a natureza da UCP e os debates provocados pela reforma psiquiátrica e Luta Antimanicomial a respeito, buscamos nos aproximar à concepção das profissionais a respeito da reforma psiquiátrica e suas possíveis implicações ao exercício profissional na instituição. As profissionais apresentaram as seguintes percepções:

A Reforma psiquiátrica ela surge a partir da Lei 10.216 de 2001, hoje com 22 anos e ela vem em seu bojo no fechamento gradual das unidades hospitalares, asilos e manicômios. E também ela vem com viés de humanização daqueles pacientes, tidos como pacientes doentes mentais. E essa humanização seria do tratamento fora do domicílio, aliás nas comunidades, nos territórios onde vivem. E o que essa lei vem trazer é que o tratamento não seria com foco na doença, mas como um sujeito como um todo. Pra isso precisaria de uma rede estruturada que seria através da REAPS - das Redes de Atenção Psicossocial lá nos municípios, ou seja no território, onde esse sujeito que é portador de um transtorno mental precisaria ser cuidado. Essa forma humanizada seria não colocar aquele usuário de qualquer forma no município, precisaria de toda uma rede de cuidados. Então, além dos CAPS existem os Centros de Convivência porque não vai tratar somente a doença, vai tratar a questão cultural deles, que

fazer um trabalho juntamente com eles para vê a habilidade que possuem para vê a capacidade de trabalho, que muitos deles tem capacidade de trabalhar. O que a lei 10.216/2001 pensou que no momento de desinstitucionalizar esse usuário é que ele também não saísse de qualquer jeito, que ele deveria ter uma segurança, que seria uma segurança financeira, um apoio, que nesse caso é o PVC – Programa de Volta Pra Casa que as pessoas que estariam institucionalizadas há mais de dois anos e eles teriam essa oportunidade de já sair com essa garantia, esse suporte financeiro. Então, todo esse aparato é importante para trabalhar essa pessoa que possui uma doença mental porque a gente precisa trabalhar ele por completo, pensando na área do trabalho, cultural, da saúde, da assistência para assegurar os seus direitos. Então é isso, o meu conceito sobre Reforma Psiquiátrica. (Assistente Social 1)

Mediante realidade, percebo a necessidade de tratamento humanizado com suporte da rede intersetorial com profissionais qualificados. (Assistente Social 2)

A defesa dos direitos humanos, também é um princípio evidente, tanto no Projeto Ético-Político do Serviço Social, como no processo de reforma psiquiátrica e no Movimento da Luta Antimanicomial (CONCEIÇÃO, 2022, p.41). A Reforma Psiquiátrica Brasileira:

“trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece.” (AMARANTE, 2007, p.69)

No que se refere às implicações da Reforma Psiquiátrica ao Serviço Social, as assistentes sociais percebem na atuação profissional:

Eu percebo hoje o maior problema é a questão da desinstitucionalização principalmente para aqueles usuários que não possuem família para acolher. Onde a gente se depara com um grande problema que o Estado não estar preparado também com serviços de Residência Terapêutica para acolher esse usuário quando ele não tem um familiar, como a gente percebe nesta instituição, na Unidade de Custódia Psiquiátrica, por exemplo usuário MA com ordem de desinternação judicial há mais de dois anos e a gente até então não tinha conseguido um familiar. Foi através de articulações e muito empenho da gente que conseguiu uma família agora para acolhimento. Mas que o Estado por toda as articulações que fizemos, todos os diálogos não foram possíveis apresentar uma casa para acolher ele. E essas casas de acolhimento e instituições para receber o usuário precisa ter perfil e muitos deles são pessoas que já usaram drogas e eles não aceitam. Também tem a questão do benefício, que muitas dessas instituições que não são públicas, aceitam esse usuário desde que também tenha benefício para poder ser sustentado por aquela instituição. (Assistente Social 1)

A partir do que seria a ideia principal que seria acesso ao tratamento humanizado, para o Serviço Social talvez as implicações fossem menos desafiadoras, pois as novas tentativas incluem a real intervenção ético-político do profissional. Então, o desconhecimento do sistema quanto ao fazer técnico interfere de forma prejudicial, a estrutura institucional, despreparo de equipes entre outros. (Assistente Social 2)

Diante disso, é perceptível na fala das assistentes sociais, passado mais de 20 anos de Reforma Psiquiátrica e com muitas resoluções não ocorreu a efetivação total da lei 10.216/2001. Isso fica evidente quando as profissionais relatam que a desinstitucionalização muitas vezes não acontece devido às fragilidades da rede psicossocial e rompimento de vínculos familiares. De acordo com o CFESS (2012)

Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial se expressam na atenção em saúde mental indissociável da busca por construção de processos emancipatórios, defesa da cidadania, da liberdade e de direitos, visando que as pessoas em sofrimento psíquico se tornem protagonistas na construção e participação da política, dos serviços substitutivos e de suas próprias vidas, com objetivo de não apenas desconstruir os muros literais do manicômio, mas também os muros simbólicos e sociais.

Contudo, só o fato de ainda existir em Sergipe a Unidade de Custódia Psiquiátrica, mostra-se que ainda não ocorreu de forma efetiva a desconstrução dos manicômios judiciários através de serviços substitutivos. Tal afirmação é evidente também no Relatório de Estabelecimentos Penais de Sergipe no ano de 2015 que destaca:

Importa destacar o gravíssimo caso verificado na unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado. Número consideráveis de internos estavam submetidos à medida quando na verdade apresentavam apenas quadro de crise de abstinência após ingresso no sistema penitenciário. O que denota a falta de estruturação de política de assistência à saúde prisional no Estado, bem como as diretrizes da Lei 10.216/2001. (p.99)

Quando tratamos sobre as exigências institucionais ao Serviço Social da UCP/SE, verificamos:

Metas de forma obrigatória não tem, mas precisamos com questões que tem prazo a ser cumprido. Até porque pela urgência que o caso requer no momento por causa da resolução 487, por exemplo, os relatórios sociais, multiprofissionais que o poder judiciário solicita da instituição e muitas vezes já vem com a data limite para poder a gente entregar. Então umas das principais exigências que temos hoje é essa aí. E também tem a questão do momento que o usuário chega para a acolhida e também tem um tempo para fazer esse acolhimento, e precisamos dá conta desse acolhimento de 01 a 05 dias, e como a demanda está sendo grande entrando várias pessoas, a gente tem que ter esse cuidado para não extrapolar esses prazos. (Assistente Social 1)

Contribuir para a desinstitucionalização condicionado aos usuários com retaguarda sociofamiliar (Assistente Social 2)

Diante disso, demonstra-se a sobrecarga de trabalho e dificuldades enfrentada pelas assistentes sociais, tendo em vista a alta demanda de relatórios sociais a serem enviados ao judiciário com prazos curtos, definição de tempo para realização de

acolhimento e dificuldade na desinstitucionalização por falta de suporte familiar para os usuários.

Em relação à finalidade do exercício profissional na instituição, ambas possuem opiniões convergentes ao destacarem a necessidade de garantia de direitos:

O serviço social na Unidade de Custódia Psiquiátrica contribui na perspectiva de assegurar esses direitos do doente mental, este sujeito que está em conflito com a lei e mesmo essa pessoa estando preso lá, é um sujeito de direitos. E a gente precisa assegurar esses direitos, tanto o direito a saúde, quando a educação, de justiça, de cidadania, religiosidade. Tudo isso está constando na lei, nas legislações. Então a gente trabalha nessa perspectiva de assegurar esses direitos, que já são direitos desde a nossa Constituição Federal. Não poque está preso que perdeu todo esse leque de direitos. No momento que a gente recebe esse usuário tem a escuta qualificada. A escuta qualificada é muito importante porque ali a gente vai observar tudo o que ele diz da vida social dele, econômica, familiar, de onde ele veio, por que aconteceu aquele fato, o que levou. Percebemos que tudo vem dessa questão social que tem multífaces e muitas vezes levam a cometer algum tipo de delito. Então, a finalidade o exercício profissional é mais nesse sentido. As referências teóricas, ética e política como você pergunta, a gente se embasa na LEP – Lei de Execuções Penais, onde trás o serviço social inserido na política de assistência social; o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei 8.662 de 1993 que regulamenta nossa profissão porque direciona tudo aquilo que a gente faz e então trabalhamos dentro dessa norma, a lei da Reforma Psiquiátrica (Assistente Social 1)

A finalidade do Assistente social está na garantia dos direitos dos usuários, possibilitando condições ao retorno sociofamiliar mediante intervenções da rede de garantia de direitos. (Assistente Social 2)

Verificamos que a finalidade apontada pelas assistentes sociais parece confluir com debates frequentes no âmbito da categoria profissional ao destacar que a prática profissional na rede de serviços de saúde deve promover a intervenção de forma a respeitar as escolhas e a participação do indivíduo no tratamento (CFESS, 2012).

A experiência de estágio e a realização da presente pesquisa, possibilitaram importante aproximação à dinâmica assumida pelas atividades profissionais realizadas pelo serviço social na instituição. Uma das nossas preocupações era sobre o possível planejamento das ações. A esse respeito, a Assistente Social 1 relata:

As atividades realizadas no dia-a-dia do serviço social são as acolhidas no momento que o usuário chega, as entrevistas tanto o usuário quanto a família, existem também a questão de relatórios, a gente faz, elabora através da solicitação do judiciário, como também da direção. A gente realiza esses relatórios. Existe também a nossa participação dentro de projetos desenvolvidos na unidade, como por exemplo, o Projeto Celebrar que bimestralmente comemoramos os aniversários onde convidamos a Rede para participar de procedência daquele usuário, a família e a equipe técnica desta UCP; as Gincanas Terapêuticas Esportiva que é muito importante para a saúde mental deles porque não somente visa o físico, mas também o intelectual e o mental. Tem as mobilizações para Encontros Trimestral dos municípios, as articulações

com os municípios que discute os casos de cada território. Existe também a nossa participação nas audiências de desinternação que acontecem na 7ª Vara de Execuções Penais, na qual vai sempre uma Assistente Social, mas não é obrigatório, pode ser qualquer técnico da equipe. Mas como estamos mais de frente nesses casos, a grande maioria das vezes vai uma Assistente Social juntamente com o estagiário. Existe também as reuniões interdisciplinares junto com as equipes dos municípios, as equipes técnicas de saúde e socioassistencial, justamente para discussão de caso daqueles usuários e também já trabalhar estratégias de retorno para os municípios como se dará esse usuário chegar ao município. Então é importante deixar tudo preparado antes, porque é uma situação diferente de antes. Antes, o usuário era desinstitucionalizado e chegava no município de qualquer forma. Aquela equipe técnica não conhecia o usuário, o CAPS não conhecia, o CRAS não conhecia, nem o CREAS e hoje é diferente. Então é muito importante essas atividades que hoje realizamos na UCP de articulação com a Rede. Em relação ao planejamento, a equipe técnica se reúne junto com os estagiários e ali a gente pontua as demandas e elenca as prioridades e traça as ações a serem desenvolvidas. (Assistente Social 1)

Mediante dificuldades interventivas e necessidade da prática, o assistente social realiza atendimento a familiares e usuários, elabora relatórios, realiza visitas domiciliares e institucionais, encaminhamentos, matriciamento, articulação, desinternação, reuniões de grupo, reuniões com familiares, ações educativas etc. Considerando as dificuldades e o respeito ao projeto ético-político da profissão. (Assistente Social 2)

No que se refere aos instrumentos e técnicas utilizados para realização de suas atividades profissionais, as assistentes sociais da UCP/SE, recorrem a meios historicamente presentes no exercício profissional, a exemplo de entrevista, observação e visita domiciliar, bem como, instrumentos de documentação como relatório e prontuário social, além de abordagem com familiares. Vejamos:

Entrevista social, observação, livro de atividades, livro de ata, planilhas de acompanhamento dos usuários, relatórios e avaliação social, prontuário social que é importante para manter viva a situação do usuário, toda informação nova vamos colocando porque ai vamos está acompanhando a situação dele, as fichas resumos que se trata do resumo situacional deles, ligações telefônicas, articulação e mobilização com a rede intersetorial, atendimento social a familiares e usuários. (Assistente Social 1)

Entrevista, reuniões, visitas domiciliares e institucionais, atas de reuniões, livro de ocorrência do serviço social, observação. (Assistente Social 2)

No intuito de aproximação à compreensão das assistentes sociais sobre a relação da teoria com a prática profissional, verificamos:

As intervenções são realizadas entre os familiares e rede intersetorial, no sentido de melhorar as condições de cuidado do usuário visando a saúde mental. Quanto melhor articular para ter um acompanhamento eficaz. A mediação de conflito muitas vezes acontece junto com a família e o usuário, visto que muitas vezes percebemos que não há um estreitamento de conversa entre família e usuário. Então é preciso intervir nessa situação. Como também na relação social e socioeconômica daquela família, porque muitas vezes percebemos que a família é vulnerável economicamente e como aquela pessoa vai voltar para aquele ambiente que não está adequado. Mesmo que ele esteja lá na Unidade de Custódia com viés manicomial, ele tem todo um aparato de cuidado, todo o apoio e volta para o território e família sem as devidas condições mínimas, a

família não tem emprego, moradia digna porque é decorrente de um aluguel e aí é quando precisamos intervir tanto com a família junto com a rede. Como aconteceu, por exemplo, com a mãe do usuário W, que ela tinha toda a vontade de receber o filho, mas mora na casa de uma amiga; foi quando teve a intervenção junto com a rede, e hoje a Rede sinalizou pra gente através de relatórios que o município está entrando com aluguel social pra ela. Então a intervenção foi nesse sentido de melhorar a vida desse sujeito e da família pra quando for desinternado ir para um ambiente seguro. E também ela já está recebendo Bolsa Família, como também já está dando entrada nos benefícios que ele tem direito que é o BPC/LOAS. Em relação a teoria e a prática, a teoria dá embasamento para a prática, apesar dos desafios que tem enfrentado e existe as questões que falta no nosso ambiente de trabalho, e é importante está preparado para tudo porque nem sempre estará condizente com o que aprendemos na academia.

Para ações interventivas se faz necessário embasamentos teóricos, entretanto a prática requer um nível de atuação além de algumas referências e algumas teorias. (Assistente Social 2)

Os apontamentos nos sugerem o entendimento das profissionais de que a teoria oferece base para a realização da prática, mas não foi possível verificar sob que perspectiva teórica orientam seu exercício profissional. De acordo com Santos (2010, p.27)

Teoria é a apreensão das determinações que constituem o concreto; e prática é o processo de constituição desse concreto; teoria é a forma de atingir, pelo pensamento, a totalidade, é a expressão do universal, ao mesmo tempo que culmina no singular e no universal. É pela teoria que se podem desvendar a importância e o significado da prática social, ou seja, ela é o movimento pelo qual o singular atinge o universal e deste volta-se ao singular. A prática é constitutiva e constituinte das determinações do objeto, gera produtos que constituem o mundo real, não se confunde, portanto, com teoria, mas pode ser o espaço de sua elaboração. Nesse caso ela só se transforma em teoria se o sujeito refleti-la teoricamente.

O Projeto Ético-Político é pautado numa perspectiva crítica que reconhece o papel do assistente social de se colocar ética e politicamente frente às demandas do seu espaço sócio-ocupacional, mesmo compreendendo as limitações presentes neste contexto, o profissional vislumbra as possibilidades concretas de atuação a favor das classes populares e que podem ser criadas e recriadas individual e coletivamente. Contudo, tendo em vista os desafios enfrentados para a implementação da garantia dos direitos dos usuários, demonstra-se muitas vezes dificuldades nessa relação. Como prova disso, a permanência ainda da Unidade de Custódia Psiquiátrica, mesmo com a lei da Reforma Psiquiátrica datada de 20 anos. Além do mais, a vivência de estágio mostrou a volta de egressos para a unidade devido à falta de suporte da família e da Rede Socioassistencial e Psicossocial, mesmo com todas as estratégias implementadas no tratamento antes de ser desinstitucionalizado.

Como todo campo de trabalho há desafios e conquistas no exercício das atribuições e competências profissionais. A vivência de estágio e os diálogos com as profissionais demonstraram isso de forma latente na UCP/SE:

Como desafio, é da visibilidade ao papel do serviço social na instituição. Na maioria das vezes, a equipe confunde qual a competência do serviço social. Um dos desafios é esse, dá a visibilidade tanto a nível na instituição, local, na dinâmica de trabalho, muitas vezes eles acham que o serviço social é para fazer tudo e não é. Nós temos nossas competências e atribuições e trabalhar dentro do que preconiza nossa legislação. E não é fazer de tudo, pensando na questão do assistencialismo e imediatismo. Então é importante dá essa visibilidade na instituição e na rede, mostrar o que fazemos enquanto exercício de nossas atribuições. É importante ter capacitação do Policiais Penais, no sentido de entender nossas atribuições para que eles possam respeitar o nosso fazer profissional. Muitas vezes estamos atendendo, e eles não entendem que precisamos escutar aquele usuário de uma forma qualificada e muitas vezes querem limitar o nosso tempo. Eles precisam entender que precisamos ser respeitadas. Em relação as conquistas, retirar do serviço social a responsabilidade para receber o material do usuário por mais que a gente contrariou algumas pessoas. Aquilo ocupava um serviço da gente que não era o serviço social, que poderíamos estar fazendo um trabalho exclusivamente nosso. Conseguimos vencer esse desafio e hoje esses materiais foram transferidos para quem é de realmente competência desse serviço, que é o setor de segurança. Outra conquista é a Rede, que conseguimos trazer a rede intersectorial – saúde e assistência social – para dentro da unidade para discussão de casos e isso é um momento muito importante. Antes sentíamos dificuldades porque eles achavam que estávamos levando trabalho para eles, mas a partir da Recomendação Ministerial facilitou mais. Eu percebo isso como uma conquista, até porque a gente aprende com eles, e eles com a gente. Muito dessa equipe técnica da rede não conhecia a Unidade de Custódia e onde os usuários em sofrimento psíquico em conflito com a lei ficavam. Isso, eu considero como uma conquista. A partir disso que ocorre os matriciamentos e traçamos as estratégias de cuidado junto a rede. (Assistente Social 1)

Referente aos desafios o embate com equipe multidisciplinar quanto ao reconhecimento profissional, além de ineficiência de recursos e qualificação continuada, como também ausência de autonomia e respeito profissional. Enquanto conquista, o amadurecimento de entender a relevância do fazer técnico mediante incorreções no que tange aos direitos dos usuários. A possibilidade de diálogos e matriciamento é considerado conquista mesmo entendendo a necessidade de amadurecimento nas discussões. (Assistente Social 2)

Carrara (1998, p. 33-37), quando descreveu o surgimento do manicômio judiciário, trouxe uma das principais características desse tipo de instituição: a dicotomia. É que congregar, em um mesmo ambiente, aspectos prisionais e hospitalares acaba por gerar atritos entre as equipes que o compõem. De um lado, os guardas responsáveis pela segurança e que percebem a Unidade pelos seus fins penitenciários. De outro, a equipe de saúde, que procura enxergar, a priori, o caráter médico-terapêutico da internação.

A vivência do estágio e diálogos com as Assistentes sociais, evidenciam que a atuação dos policiais penais é exercida de modo equivalente ao que ocorre nos presídios comuns, ou seja, a partir da ideia de necessidade de manutenção da segurança e contenção pelo uso de algemas, um indicativo que associa com a questão de punição. De acordo com Marconsin & Forti (2004) “ a instituição policial tem sua intervenção voltada diretamente para a perspectiva legal e física, com um marcado conteúdo ideológico, sem que, ao menos, aparentemente, haja questionamentos”. O/a Assistente Social, a partir do Projeto Ético-Político do Serviço Social, assume compromisso ético-político com a classe trabalhadora na garantia e ampliação de seus direitos. Em contrapartida com a instituição policial que se utiliza do aparelho repressor do Estado na manutenção da ordem. Diante disso, cabe ao profissional de Serviço Social a defesa do Projeto Ético-Político na defesa da cidadania e superação dessa lógica repressora. Ademais,

Não há investimento em material humano qualificado nesse complexo sistema, que vai além de muros, abrangendo desde a figura do diretor, que esta ali para administrar a unidade prisional, implementando políticas e diretrizes referentes a execução de pena, como também, os técnicos, sendo importantes para elaboração de pareceres diários no que tange a saúde, na solução de problemas pessoais, realizando uma ligação entre o apenado dentro do presídio e fora dele. (MENEZES, 2014, online).

A assistente social 1 avalia como um desafio a relação com os policiais penais que, segundo ressalta, não respeitam seu “fazer profissional” e salientam a necessidade de capacitação dos mesmos que chegam a interferir na intervenção das assistentes sociais quando pretendem limitar seu tempo de realização de atendimentos. Isso exemplifica que o Assistente Social na UCP/SE possui de certa forma uma autonomia relativa, uma vez que o profissional assalariado está inserido na divisão sociotécnica do trabalho. Conforme Iamamoto (2009) aponta:

Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano de trabalho institucional. Ora, se assim for, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa (IAMAMOTO, 2009, p. 63).

Nessa perspectiva, o exercício profissional das assistentes sociais na UCP/SE é marcado por determinações estruturais que implicam na autonomia profissional: precarização das condições de trabalho, limitação do fazer profissional em instituição de caráter penal, ações imediatistas e o não entendimento das atribuições do serviço social pelos demais profissionais da equipe. No entanto, apesar dessas dificuldades, as

profissionais baseiam-se na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e no Código de Ética de 1993 que regula as funções privativas e competências do/a assistente social, o trabalho profissional na unidade visa contribuir para a garantia de direitos dos usuários. Isto foi possível verificar, inclusive, na condição de estagiária ao observarmos as reuniões de matriciamento, por exemplo. Ainda que atuando no interior de uma instituição de caráter manicomial, foi possível verificar a intencionalidade da atuação profissional das assistentes sociais com compromisso em contribuir para a garantia de direitos e com o processo de desinstitucionalização em atenção ao que aponta a Lei 10.216/2001.

O intuito de definir suas atribuições na instituição, as assistentes sociais da UCP/SE reconhecem como uma conquista a retirada do Serviço Social da responsabilização pelos materiais dos usuários. Os usuários na UCP/SE podem ter acesso a ventilador, televisão, rádio, pen-drive, material de artesanato, material de limpeza, alimentação semanal previamente autorizado pela direção, material esses trazidos por seus familiares. Desde a origem da UCP/SE havia um entendimento institucional de que caberia ao Serviço Social a responsabilidade pela “fiscalização”, “revista” desses materiais fornecidos pelos familiares e o único setor, na visão institucional, que pode ter acesso aos familiares é o Serviço Social. Contudo, o Serviço Social não possui esse papel investigativo em relação aos seus usuários, seja para saber o fato delituoso, ou nesse caso papel fiscalizador dos itens privados. Isso entra em consonância ao que é vedado ao/a assistente social no Código de Ética de 1993 no art. 4º que dispõe: “assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente”. Diante disso, a experiência de estágio demonstrou a luta das assistentes sociais em diálogo com a direção para a retirada dessa função do assistente social e, conseqüentemente, responsabilizar o Setor de Segurança para esse controle.

No que se refere a relação com o Projeto Ético-Político, em diálogo as Assistentes Sociais destacam

Nos diálogos com as políticas públicas, onde buscamos a transformação do sujeito. Isso acontece que quando o usuário está lá realizamos entrevista com eles para conhecer seu histórico, como se dá sua relação com a família, com a comunidade. Tudo isso faz parte desse Projeto Ético-Político, que precisa respeitar a liberdade desse indivíduo como princípio fundamental da Constituição Federal, precisa ter seus direitos resguardados e assegurados. (Assistente Social 1)

Articulação existe, no entanto é válido frisar as dificuldades de execução das ações as quais deveriam ser mantidas pela autonomia, ou mesmo liberdade profissional em função dos desenvolvimentos ou mesmo conquistas. (Assistente Social 2)

O Projeto Ético-Político (PEP) se expressa no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação Profissional de 1996 e nas Diretrizes Curriculares apresentadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Diante disso, os valores e princípios estão de acordo com a Reforma Psiquiátrica, especificamente em assegurar os direitos humanos de cidadãos em sofrimento psíquico em conflito com a lei. Contudo, os desafios colocados à materialização do PEP do Serviço Social se expressam cotidianamente aos/às assistentes sociais em diversos espaços sócio-ocupacionais e na UCP/SE, considerando a natureza/finalidade social da instituição, os desafios se tornam, portanto, ainda mais explícitos no cotidiano profissional.

Ainda em relação às condições de trabalho, a assistentes sociais partilham da mesma opinião e que isso interfere na garantia de sigilo profissional e, também, na forma como os demais profissionais requisitam o serviço social:

As condições precisam ser melhoradas, a sala é pequena, estamos com duas assistentes sociais, duas estagiárias, as ferramentas de trabalho são inadequadas, material de uso falta direto, não tem condições para a gente trabalhar de forma eficaz. Os arquivos são enferrujados e antigos. Não temos uma sala específica pra isso, para um atendimento eficaz e com sigilo aquele cidadão. Caso tivesse, o usuário se abriria melhor nos atendimentos. Nós debatemos até que ponto é legal ou não, e o policial acompanha em todos os atendimentos e acaba escutando tudo. O usuário não se sente à vontade. Os profissionais requisitam de caráter imediatista, a imagem que eles têm é que o Serviço Social faz tudo e que vai responder de qualquer forma. Requisitam do serviço social também está fazendo as festas e projetos da instituição, está a frente das ações religiosas. Damos apoio, mas não tomamos para o serviço social como responsabilidade. A relação entre os profissionais não é conflituosa, principalmente com a direção. Muitas vezes a direção, sem conhecimento, solicita coisas da gente que não é nossa competência, como por exemplo um falecimento de um usuário que queriam que comunicássemos via telefone a família. Teve um embate, mas ao final de tudo ocorreu tudo bem e houve diálogo. (Assistente Social 1)

Insuficiente. As condições não permitem o cumprimento da ética e requisitam o serviço social de forma errada (Assistente Social 2)

A precarização no espaço sócio-ocupacional da UCP/SE é nítido na vivência de estágio e o que dizem as assistentes sociais a respeito, o que implica em dificuldades às condições éticas e técnicas nos desenvolvimentos de atividades na instituição e entra em contradição com as condições previstas na Resolução 493/2006/CFESS. Portanto, não é possível estudar o exercício profissional nessa instituição descosiderando essas condições estruturais, uma vez que implicam direta e indiretamente na atuação das assistentes sociais. Ademais, a assistente social chama atenção ainda para o caráter imediatista e a imagem que outros profissionais têm do Serviço Social, o que nos leva a refletir:

quando não se tem a devida compreensão do processo de trabalho interdisciplinar, corre-se o risco de cair na armadilha de aceitar qualquer tarefa posta pela instituição, contribuindo, assim, para cada vez mais baratear o custo da força de trabalho e a precarização dos serviços sociais, seguido acriticamente os encaminhamentos postos em marcha pelo Estado neoliberal. Esta situação exige uma análise crítica sobre a precária infraestrutura existente nas instituições, o funcionamento dos serviços em rede e o aumento da demanda que, nesse contexto, geralmente é direcionada para um número insuficiente de assistentes sociais e outros profissionais. (CONCEIÇÃO, 2022, p.70).

As precárias condições da instituição também foram destacadas pelo documento censitário importante para averiguar a realidade dos estabelecimentos penais no Brasil, formulado pelo Conselho Nacional de Justiça (2022). A partir de uma plataforma digital, é possível observar o mapeamento das instituições pelos relatórios mensais enviados ao Poder Judiciário. Ao consultar a Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, a conclusão da inspeção acerca das condições do lugar é descrita no documento oficial da seguinte forma: “péssimas” (PAIXÃO 2022 apud CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022).

O exercício profissional das assistentes sociais na UCP/SE, conforme já expresso em outro trecho acima, requisita relação do Serviço Social com a Rede Psicossocial e Socioassistencial de Sergipe, o que foi destacado pela Assistente Social 1 como uma “boa relação”:

A relação é boa, principalmente nos municípios que tem boa aceitação no convite a vinda na unidade. É discutido os casos e traçados estratégias. Muitos não conhecem e tem medo, por ser uma instituição ligada ao sistema prisional com viés manicomial, é praticamente uma prisão comum. Eles se apresentam a equipe técnica algemados e acaba assustando a equipe. Ao final, a articulação é proveitosa e percebemos as políticas públicas sendo concretizadas, principalmente na garantia de direitos desses usuários. (Assistente Social 1)

Houve conquista, mas ainda dificulta a relação (Assistente Social 2)

Vale destacar também a constante preocupação, em conjunto com a equipe multiprofissional da unidade, de construir vínculos sociofamiliares com os usuários. A fragilização de vínculos familiares, fragilidades no apoio da Rede Psicossocial e a falta de vagas em Serviços de Residências Terapêuticas, muitas vezes implica em manter o usuário institucionalizado mesmo com Ordem de Desinternação emitida pelo Juiz da Vara Criminal, tendo em vista que o mesmo não terá meios de garantir imediatamente sua sobrevivência. É imperioso destacar que o objetivo principal da Lei de Execução Penal no seu artigo 1º é “proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e internado”. Dessa forma, o encarceramento não deve envolver apenas a punição, mas a

promoção de condições para a reintegração à sociedade de forma efetiva. Contudo, o presente estudo mostrou as dificuldades na efetivação da lei e de acordo com estudos de Mirabete, 2002:

A ressocialização não pode ser conseguida numa instituição como a prisão. [...] A pena privativa de liberdade não ressocializa, ao contrário, estigmatiza o recluso, impedindo sua plena reincorporação ao meio social. A prisão não cumpre a sua função ressocializadora. Serve como instrumento para a manutenção da estrutura social de dominação (MIRABETE, 2004, p. 24).

Ademais, essas fragilidades corroboram para o que chamamos de “portagiratória”, ou seja, retorno de egressos a instituição, o que denota o desafio o caminho de construção do processo de desinstitucionalização e (re)inserção social de egressos da UCP, bem como, a relevância da reforma psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, bem como, da intervenção profissional de assistentes sociais na construção de movimentos que enfrentam a ordem social vigente naquilo que a estrutura e para a qual o modelo manicomial historicamente é funcional.

Essas fragilidades relatadas pelas assistentes sociais, são fruto da falta de investimento e da mercantilização das políticas públicas. Para Bravo (2000, p. 112), “a afirmação da hegemonia neoliberal tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação”. Diante disso, há uma redução nos gastos sociais, com a diminuição do estado, que transfere sua responsabilidade para a sociedade civil, através do apelo ao voluntarismo e a filantropia descaracterizando a assistência como uma política pública no âmbito da seguridade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado, ainda que em seu caráter exploratório, oportunizou-os uma importante aproximação ao exercício profissional de assistentes sociais na UCP/SE, o que possibilitou reconhecer a intencionalidade da atuação profissional voltada à garantia de direitos, a identificação das atividades profissionais e dos principais meios/instrumentos utilizados para realizá-las. Ademais, foi possível verificar a fragilidade das condições para o desenvolvimento das ações profissionais, seja em relação aos aspectos estruturais ou mesmo pela dificuldade de reconhecimento pelos demais profissionais da equipe sobre as competências e atribuições do/a assistente social na instituição e, ainda, pela reduzida condição de exercício de autonomia profissional pelas assistentes sociais ao direcionarem suas ações para responder ao que lhe é requisitado institucionalmente.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado é uma conquista para as pessoas em sofrimento psíquico no Brasil, pois reconhece os mesmos como sujeitos de direitos no que se refere a desinstitucionalização e define que os mesmos devem ser tratados em ambientes terapêuticos visando a reinserção social através do convívio com a família, trabalho e comunidade.

O estudo explicitou que a institucionalização do inimputável em decorrência de doença mental não é muito diferente de um encarceramento tradicional. A característica asilar das UCPs e, ao mesmo tempo, prisional, denota que não é um espaço ideal de cuidado e tratamento conforme as exigências propostas pela reforma psiquiátrica e expressas na Lei 10.216/2001. Ademais, embora existam Leis e Resoluções, conforme apresentado, que representam conquistas importantes da reforma psiquiátrica no sentido sócio-jurídico, o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e/ou Manicômios Judiciários ainda não aconteceu. O cuidado em saúde mental para cidadãos em sofrimento psíquico em conflito com a lei não ocorre em meio aberto, comunitário e multidisciplinar como preconiza a lei e como é praticado nos CAPS. Para esses cidadãos reserva-se o tratamento em instituições de caráter asilar-penal, mesmo com a reforma psiquiátrica em curso e sua relação com o Sistema Único de Saúde.

O estudo realizado para fins de elaboração do presente trabalho – indissociável da vivência de estágio na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe –, especialmente através da observação da estrutura, da dinâmica institucional e da população usuária deste serviço, do acompanhamento direto das ações o setor de Serviço Social, verificamos que a internação do inimputável por doença mental não é muito diferente de um

encarceramento tradicional, tendo em vista a rotina daquele lugar: banhos de sol, celas, alas, algemas, ligações telefônicas, visitas familiares e revistas. Além disso, o perfil da sua população é similar ao que está recluso nos presídios: maioria de negros e pardos, com baixa escolaridade e marcados pela vulnerabilidade socioeconômica. O diferencial para as prisões comuns, ao fim, é o adicional de um tratamento psiquiátrico contínuo e, ainda assim, deficitário, asilar.

O/a assistente social precisa ser capacitado para orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, como preconiza a Lei de Regulamentação da Profissão. Na análise dos diálogos das Assistentes Sociais e na experiência de estágio, demonstra-se as Reuniões de Matriciamento, implementadas pelo Serviço Social, como estratégia de trabalhar toda a Rede de Atenção Psicossocial junto ao usuário e família no acompanhamento do mesmo enquanto está institucionalizado, junto a equipe multidisciplinar da unidade, para a preparação de estratégias de desinstitucionalização para o retorno do usuário ao convívio sociofamiliar e territorial. Esta assume o caráter de recurso estratégico utilizado pelas Assistentes Sociais para o cumprimento do que essencialmente indicam a Lei 10.216/2001 e o Projeto Ético-Político, com vistas à garantia de direitos e a busca da construção da emancipação política do usuário.

O estudo apresenta, como um dos principais resultados, que o exercício profissional das assistentes sociais na instituição tem como principal finalidade a garantia de direitos dos usuários, o que essencialmente estabelece importante vínculo com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com o que preconiza a reforma psiquiátrica. E, a despeito de se realizar numa instituição de caráter asilar-prisional, cuja dinâmica imprime limites à autonomia profissional, entendemos que o Serviço Social desta instituição está na contracorrente, tendo em vista a intervenção em favor da garantia de direitos sociais dos usuários e o compromisso ético-político com a desinstitucionalização como horizonte.

Ademais, com a Resolução do CNJ nº487 de 15 de fevereiro de 2023 é mais um passo normativo importante na busca de efetivar o fim de instituições manicomial e no fortalecimento da Rede Socioassistencial e Psicossocial, o que incide diretamente na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe. De acordo com a referida resolução, a partir de 05/12/2023 estão proibidas novas internações e o fechamento total da instituição deve ocorrer em até 28/05/2024. A publicação do Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, construído de acordo com as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde e do

SUAS – Sistema Único de Assistência Social, visa subsidiar a implementação da referida normativa baseando-se na Reforma Psiquiátrica.

Na vivência de estágio, demonstra-se que a Unidade de Custódia está caminhando para seu fim institucional em decorrência de transição de equipe da UCP/SE para a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP, equipe multidisciplinar do Poder Judiciário que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal visando traçar estratégias de cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e viabilizando o acesso a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portanto, a UCP/SE está em processo de transição, o que nos indica a importância de continuidade de estudos e pesquisas que contribuam para analisar a inserção do Serviço Social nesse processo transitório e a relação com as Redes Socioassistencial e Psicossocial em substituição daquela instituição asilar-prisional.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. **Por uma sociedade sem manicômios: (im)possibilidade da Reforma Psiquiátrica no capitalismo brasileiro** / Laurem Janine Pereira Aguiar. – 2020. 192 f. Dissertação (Mestrado) – Programa da Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS. Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Bellini. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/16591>

AMARANTE, Paulo (coord). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

BARROCO, Maria Lucia; TERRA, Sylvia Helena. **O código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

BRASIL. **Lei nº 13146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

BRASIL. **Projeto de lei nº 3657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>

BRASIL. 2005. Lei n. 7210, de 11-07-1984 : **Lei de Execução Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Manual da política antimanicomial do Poder judiciário [recurso eletrônico] : Resolução CNJ nº 487 de 2023** / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília : Conselho Nacional de Justiça, 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília: Ministério Público Federal; 2011.

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

BORON, Atilio. **O socialismo no século 21: há vida após o neoliberalismo?** São Paulo: Expressão Popular, 2010

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CONCEIÇÃO. Karolina Christian Santos. **Contrarreforma Psiquiátrica: Uma Ameaça à Efetivação do Projeto Ético-Político do Serviço Social na Saúde Mental**. / Karolina Christian Santos Conceição; orientadora Prof. Dra. Yanne Angelim Dias - São Cristóvão/SE – 2022

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CUNHA, Michelle da Conceição Costa. **O serviço social no campo sociojurídico: requisições conservadoras e implicações para o projeto ético político profissional** / Michelle da Conceição Costa Cunha; orientadora Josiane Soares Santos. – São Cristóvão, 2016. 166 f.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009

LIMA, Dassayeve Távora. **A Loucura na Sociedade de Classes**. Publicado em 14/09/2021. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/>

MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. São Paulo: Altamira, 2006

MARCONSIN, C. & FORTI, V.L. **Serviço Social e Instituição Policial: aproximações e distanciamentos**. In: Revista Àgora: Políticas Públicas e Serviço Social, ano 1, nº1, 11/2004. ISSN 1807-698x. Disponível em: www.assistenciasocial.com.br

MENEZES, Priscilla Pereira de. **A reincidência em decorrência da precariedade do Sistema Carcerário**. 2014

MIRABETE, Julio Fabbrini; Execução Penal. **Comentários à Lei 7.210, de 11-7-1984**. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Políticas Públicas em saúde mental**. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PAIXÃO, Gabriela Silva. **Potencialidades da justiça restaurativa para a instauração de uma nova lógica na custódia psiquiátrico-penal: reflexões a partir da pesquisa empírica na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe** / Gabriela Silva Paixão; orientadora Daniela Carvalho Almeida da Costa. – São Cristóvão, SE, 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciênc. saúde coletiva. vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011

RAMÔA, Marise de Leão. **A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps ad** / Marise de Leão Ramôa; orientadora: Maria Euchares de Senna Motta. – Rio de Janeiro : PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In : NICÁCIO, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17 -59.

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

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 9 ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **"Na Prática a Teoria é Outra?"**. Rio de Janeiro: Lumem Júris, 2010.

VASCONCELOS, E. M. et al. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICES – A

ROTEIRO DE ENTREVISTAS – ASSISTENTES SOCIAIS – UCP/SE

1 Perfil

1.1 Idade

1.2 Sexo

1.3 Instituição de Ensino que se formou

1.4 Ano de formação

1.5 Coursou Pós-Graduação?

1.6 Participa de cursos, palestras ou seminários na sua área de atuação profissional?

1.7 Antes da UCP, já atuou em instituição de carácter penal e/ou saúde mental?

1.8 Há quanto tempo trabalha na Instituição?

1.9 Vínculo de trabalho: estatutário ou celetista?

1.10 Carga horária de trabalho

1.11 Há vínculo de trabalho com outra Instituição?

2 Sobre a reforma psiquiátrica: problematizando um conceito

2.1 Qual sua concepção de Reforma Psiquiátrica?

2.2 A partir do que preconiza a reforma psiquiátrica, quais as principais implicações ao Serviço Social da UCP/SE?

3 Sobre o exercício profissional na UCP/SE

3.1 O Serviço Social está subordinado a algum setor na Instituição? Em caso afirmativo, qual?

3.2 Quais as principais exigências da Instituição para o Serviço Social? Há algum tipo de “meta” a ser cumprida pelo Serviço Social a partir de regulamentação institucional?

- 3.3 De acordo com sua avaliação, qual a finalidade do exercício profissional do/a assistente social nesta instituição? Quais as referências teórica, ética e política para a definição dessa finalidade?
- 3.4 Quais são as atividades profissionais realizadas pelas assistentes sociais na UCP? Essas atividades são planejadas? Em caso afirmativo, como ocorre o planejamento?
- 3.5 Quais os principais instrumentos para a realização dessas atividades profissionais?
- 3.6 O Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo. Como se dá a relação entre teoria e prática no seu exercício profissional?
- 3.7 Quais principais desafios e conquistas no exercício das atribuições e competências profissionais na instituição?
- 3.8 Você identifica articulação do seu exercício profissional ao projeto ético-político do Serviço Social? Em caso afirmativo, comente sobre essa articulação.

4 Condições para o exercício profissional

- 4.1 Como você avalia as condições de trabalho na instituição, considerando as necessidades básicas – tais como espaço físico, disponibilidade de equipamentos e/ou materiais etc – para a realização da sua atividade profissional?
- 4.2 Você avalia que essas condições contribuem para a garantia do sigilo profissional?
- 4.3 Como se desenvolvem as ações profissionais em equipe?
- 4.4 Quando os outros profissionais requisitam o Serviço Social? Na sua opinião, essa requisição está relacionada à imagem social que os demais profissionais têm do Serviço Social?
- 4.5 Qual relação do Serviço Social com a rede de serviços socioassistencial e psicossocial de Sergipe?

5 Outras Observações

- Há algo mais que gostaria de ressaltar ou destacar?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é “[*título da pesquisa*]”. O objetivo desta pesquisa é [*explicitar de forma clara e objetiva os objetivos da pesquisa*]. O (a) pesquisador(a) responsável por essa pesquisa é [*nome completo do/da pesquisador/a responsável*], ele é [*Professor, Técnico Administrativo*], do/a [*campus, departamento, etc.*], da Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a [*caso de passível de identificação, explicitar. Basear-se na Resolução CNS 510/2016, Art. 9, V e Art. 17, IV sobre identificação dos participantes. Nesse caso, altere a frase anterior*].

As informações serão obtidas da seguinte forma [*explicitar todas as técnicas/métodos/práticas e metodologias de coleta/geração e registro de dados às quais os participantes de pesquisa serão submetidos; b) Detalhar todos procedimentos, como por exemplo, se em grupo ou individual, previsão do tempo de duração, perguntas, temáticas, gravações de áudio, registro fotográfico¹, quantas visitas, aonde, etc* Explicitar que de acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS o armazenamento das gravações não poderão ser feito em hd virtuais ou “nuvens”, devendo ser armazenados em mídias físicas (HD e/ou externo ou pen drives.].

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Sua participação envolve os seguintes riscos: [*toda pesquisa envolve riscos. qualificar se os riscos são mínimos, grandes, efetivos, por exemplo, e explicitar quais seriam; considere riscos como cansaço, constrangimento. Ao mesmo tempo, o pesquisador deverá explicitar quais estratégias pretende ter para mitigar possíveis riscos da pesquisa.*]. Sua participação pode ajudar os pesquisadores a entender melhor [*indicar os benefícios diretos e indiretos da pesquisa; mencionar os possíveis ganhos ou avanços diretos para os participantes, quando couber*].

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Todas as

informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador através do(s) telefone(s) [00 0000-0000 (*fixo institucional e ramal, celular*) - indicar telefones pessoais e/ou de trabalho que sejam acessíveis], pelo e-mail [email@email.com], e endereço [Rua/Avenida, número, complemento e CEP].

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cepulag@ufs.br.

No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante²

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade [*nos casos passíveis de identificação, que pode ser uma escolha do participante, adequar esta frase anterior; veja detalhes sobre isso acima*]. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome _____ do(a)
participante: _____

Assinatura: _____ local _____ e
data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome _____ do
Pesquisador: _____

—

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver):

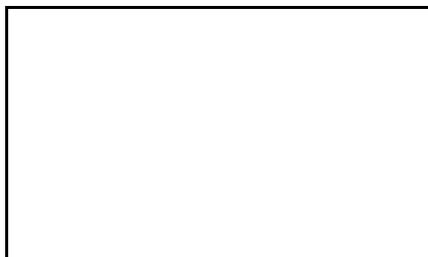
Assinatura: _____

Local/data: _____

[Os campos para assinatura devem ser uma continuidade do TCLE e não vir em folha separada; Favor ajustar a paginação para que isso não ocorra.]

[¹ Se houver registro de gravação ou fotográfico, explicitar no Termo de Uso de Imagem e Som]

[² Nos casos em que o participante for iletrado, considere se é pertinente/adequado substituir a assinatura pela impressão digital; também deixar espaço para assinatura de ao menos uma testemunha que presenciou o esclarecimento/consentimento]



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____