



**ANA VIRGÍNIA SILVA ROGÉRIO
CLEONICE ALMEIDA DO CARMO**

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A atuação do assistente
social na problemática de abandono de pacientes em hospitais
psiquiátricos**

**FORTALEZA
2017**

**ANA VIRGÍNIA SILVA ROGÉRIO
CLEONICE ALMEIDA DO CARMO**

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A atuação do assistente social na
problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Faculdade Ateneu como requisito final
para a obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Professora Soraia
Vasconcelos

**FORTALEZA
2017**

R722s Rogério, Ana Virgínia Silva.

Serviço social na saúde mental: a atuação do assistente social na problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos. / Ana Virgínia Silva Rogério; Cleonice Almeida do Carmo. -- Fortaleza: FATE, 2017. 29f.

Orientador: Profa. Soraia Pereira Jorge de Sousa de Vasconcelos.
Artigo (Graduação em Serviço Social) – FATE, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Serviço Social. 3. Reforma psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.20425

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A atuação do assistente social na
problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos.
SOCIAL SERVICE IN MENTAL HEALTH AREA: The role of the social worker in the
problem of abandonment of patients in psychiatric hospitals.**

**ANA VIRGÍNIA SILVA ROGÉRIO
CLEONICE ALMEIDA DO CARMO
ORIENTADOR (A): SORAIA VASCONCELOS**

RESUMO

Este artigo traz discussão sobre a atuação do assistente social na problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos. Percebemos, nesse contexto, que os insanos perderam as identidades diante do enclausuramento em hospitais psiquiátricos ao longo do período de internamento. Por esse viés, apresentamos a atuação do assistente social com base na complexa questão da reforma psiquiátrica no contexto da saúde mental. Investigamos a partir de uma abordagem metodológica qualitativa, descritiva e explicativa e de uma pesquisa bibliográfica, a qual nos conduziu a esta reflexão do campo de atuação do Assistente Social. Como resultado, apontamos o novo cenário de desafio sob a ótica da construção de novos caminhos fundamentado na reinserção social do portador de transtorno mental na sociedade contemporânea.

Palavras-chave: Abandono; Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Serviço social

ABSTRACT

This article brings a discussion about the social worker's performance in the patient's abandonment issue in psychiatric hospitals. It's perceived, in this context, that the insane have lost the identity in the face of incarceration in psychiatric hospitals through out the period of hospitalisation. By this bias, we present the social worker's performance before this complex question facing the psychiatric reform in the context of mental health. We examined, from a qualitative methodological approach, descriptive and explanatory from a bibliographic research, which has led us to the reflection of this social worker's field of action. As a result, we point the new challenging scenario under the vision of the construction of new paths from the social reinsertion of the mentally disorder individuals in the contemporary society.

Keywords: Abandonment; Mental health; Psychiatric reform; Social service.

¹ Ana Virgínia Silva Rogério¹.

² Cleonice Almeida Do Carmo².

INTRODUÇÃO

Para podermos pensar a complexidade de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos, é necessário contextualizar a concepção clássica da loucura, seu desenvolvimento ao longo das reformas psiquiátricas e a atuação do assistente social frente a este campo contemporâneo de reinserção social do portador de transtorno mental.

A Política de Saúde Mental diz que o melhor para pacientes com transtorno mental é o tratamento em hospitais gerais, evitando o isolamento do paciente em relação à família e à sociedade e superando a lógica dos longos períodos de internação.

Em cada escala social, a loucura sempre foi refletida, analisada e debatida frente ao período histórico, entretanto, a busca por soluções efetivas à exterminação da loucura foi, de certo modo, em todas as civilizações, o enclausuramento alheio à vida social. Essa afinidade se estabeleceu diante de cada período histórico em culturas distintas como um mecanismo dialógico em busca das alternativas a partir das crenças de cada povo.

Os hospitais foram criados inicialmente como instituições de cunho humanitário. Foram destinados aos pobres carentes, aos desprovidos de moradia e aos enfermos de reputação incipiente e abrigavam também a loucura diante das amarras condicionantes. Esse muro complexo e de difícil escalada é uma barreira não só para o assistente social nos dias atuais, mas também para a sobrevivência dos pacientes.

Assim como qualquer campo de trabalho, o assistente social não deve limitar a atuação ao atendimento isolado do aparente. Sendo assim, temos o seguinte questionamento: até que ponto se dá a atuação do assistente social na problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos?

Diante disso, o objetivo geral é analisarmos como se dá a atuação do assistente social na problemática de abandono de pacientes nos hospitais psiquiátricos. Para tanto, os objetivos específicos são: I) conhecer a evolução histórica da Saúde Mental; II) analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil no século XX; III) conhecer a historicidade do Serviço Social na Saúde Mental; IV) identificar a atuação do assistente social na Saúde Mental.

Frente às dificuldades da atuação do assistente social ao portador do transtorno mental, houve uma intensa mobilização de movimentos sociais em favor da destruição dos hospitais psiquiátricos respaldada no fator excludente e na privação do convívio social e, é claro, no isolamento indenitário, pois nesses enclausuramentos, perde-se o mais íntimo: a identidade.

1 SAÚDE MENTAL: TRAÇADO HISTÓRICO, REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

1.1 A evolução histórica da Saúde Mental

Ao longo da história, nem sempre a loucura foi compreendida como doença mental e, conseqüentemente, como objeto de domínio médico. Segundo Foucault (1968), o conceito de loucura não existe desde sempre. Começa a se estruturar a partir da distância entre a razão e a não razão. Com isso, a modernidade fica compreendida entre o final do século XVIII e o início do século XIX, com a criação da primeira instituição exclusiva para loucos.

Segundo Machado (1978), a crítica dos médicos era de que os loucos ou vagavam pelas ruas ou ficavam isolados nas suas casas ou eram encontrados em “cárceres” do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, o qual não oferecia condições para abrigar medicamente e recuperá-los. Os médicos criticavam tanto a situação dos loucos nas ruas quanto o isolamento no Hospital da Santa Casa, e assim lançaram “uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício” (p. 376).

Em 08 de dezembro de 1852, o Hospício de Pedro II foi inaugurado na tentativa de cuidar dos loucos de forma diferenciada, seguindo os parâmetros da medicina europeia da época. Com o funcionamento, os loucos não deveriam mais perambular pelas ruas nem serem enviados ao Hospital da Santa Casa.

Desta forma, o hospício passa a realizar o projeto de isolamento visando à transformação do paciente, haja vista que “o isolamento da sociedade não visa à simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento” (MACHADO, 1978, p.439). Sobre os hospícios da época Silva pondera:

O tratamento obedecia aos métodos mais primitivos, e os doentes, acorrentados como feras às paredes das celas viviam em permanente

posição que lhes não permitia deitar-se. Tais celas tinham a forma de uma caixa escura, sem a mínima réstia de luz nem ventilação. As instituições manicomiais e manicômios judiciais surgiram em resposta às novas concepções do século XVIII e sedimentaram, no ideário da sociedade, a necessidade impreterível de isolamento dos portadores de transtorno mental, como única e possível solução. (SILVA, 1979, p.66)

As críticas à situação do hospício permanecem durante toda a década de 1880, sendo apresentados relatórios e artigos especializados, os quais acusavam o hospício de não prestar serviços aos loucos, uma vez que não era uma instituição hospitalar, mas um simples refúgio para eles (MACHADO, 1978).

Em janeiro de 1890, com a Proclamação da República, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e ficou subordinado à administração pública. O nome mudou para Hospício Nacional de Alienados. Assim, a loucura foi retirada do discurso religioso; cabia ao médico a definição do estatuto de louco, como doente e como incapaz, ou seja; como alguém a ser tratado e protegido (MACHADO, 1978).

Guimarães (1935) salienta que após o Decreto de 1934 surgiram outras normas federais referentes à saúde mental, mas foi somente na década de 1980 que mudanças significativas de inclusão, cidadania e ética tornaram-se visíveis na legislação. Essas foram sustentadas nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Os anos seguintes até a reforma psiquiátrica na década de 1970 foram marcados por políticas segregacionistas. Com o advento da ditadura militar, a proliferação dos hospitais particulares e a sedimentação da indústria da loucura puderam ser vistas, principalmente no final da década. Sobre esse período, Ribeiro afirma:

Os donos dos hospitais privados obtinham lucros vantajosos com internações, em sua grande maioria, financiadas pelo Estado, havendo, então, um incentivo à cronificação dos pacientes desde que era lucrativo mantê-los nos hospitais. (RIBEIRO, 2003, p.132)

Segundo o site do Ministério da Saúde (2001), a política de saúde mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência e incentiva que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração.

Além disso, esta política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitem a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, bem como à institucionalização de pacientes de longa permanência em

hospitais psiquiátricos e ainda às ações de reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

Para Foucault (1997), o indivíduo portador de doença mental é considerado “alienado”, pois é aquele que está fora de si, fora da realidade e que tem alterada a possibilidade de juízo. Dessa forma, o dito “alienado” era visto como um sujeito sem razão, logo, sem direitos, desejos ou cidadania. Tradicionalmente, os pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, eram tratados sob regime de isolamento devido à suposta periculosidade que ofereciam à sociedade (ALMEIDA *et. al.*, 2010).

Na concepção de Spadini e Souza (2006), a doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, no entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral, são apresentados comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade pelos indivíduos que adoecem. Não é entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, assim tem definição por determinação cultural e de valores; não apenas por fatores biológicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que saúde é o “estado de completo bem estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doenças. Britto e Mesquita nos explica:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvar a ordem pública. (BRITTO, MESQUITA, 2003, p.3)

Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental e de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, no que se refere às condições (pública e privada) de atendimento psiquiátrico à população. É nesse contexto que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil.

1.2 A reforma psiquiátrica no Brasil no século XX

A reforma psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista a combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens que incidem em territórios diversos, seja nos Governos Federal,

Estadual e Municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Este movimento tem início no final dos anos 70 e tem como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país, o que implica na superação do modelo anterior, o qual não mais satisfaz a nossa sociedade. O processo da reforma psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira (1978 a 1991) compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, e a segunda (1992 até os dias atuais) destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares.

A partir do nascimento da sociedade moderna, a loucura passou a ser vista de um modo muito diferente. É verdade que sempre existiram formas de encarceramento dos loucos; igualmente, desde a Antiguidade, a medicina ocupava-se deles. Eram também abordados por práticas mágicas e religiosas; muitos, ainda, vagavam pelos campos e pelas cidades. Contudo, nenhuma dessas formas de relação da sociedade com a loucura prevalecia, variando a predominância conforme as épocas e os lugares. Somente no final do século XVIII, instalou-se, ao menos na sociedade ocidental, uma forma universal e hegemônica de abordagem dos transtornos mentais: a internação em instituições psiquiátricas (FOUCAULT, 1961). Para Torre e Amarante:

Analisar a história da loucura remete à análise de como a modernidade se constituiu como forma de pensamento e organização social e como ela forja uma forma de lidar com a loucura como fenômeno humano e social. Em outras palavras, uma análise da forma da produção de saberes e de exercício do poder sobre os sujeitos que constitui a modernidade. (TORRE; AMARANTE, 2001, p.74)

A primeira reforma foi realizada pelo médico francês Philippe Pinel, considerado por muitos o pai da Psiquiatria quando foi nomeado para Bicêtre em 1793. Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, libertou os loucos das correntes e propôs uma nova lógica para a tutela: o tratamento moral e educativo. A imposição da ordem era imperativo para o tratamento da doença mental e o isolamento era necessário para a recuperação e socialização do doente. Pinel reconhece que sua obra estava próxima de uma "reforma administrativa", já que naquele momento ele foi levado a classificar o espaço institucional e os pacientes por meio de nosografias. Assim,

estabeleceu uma relação específica (de autoridade) entre médico e doente diante do espírito de ordem que imperava naquele momento histórico (GONDIM; MACIEL, 2001).

Nos anos 70 o processo de Reforma Psiquiátrica iniciou-se no Brasil. É contemporâneo ao “movimento sanitário”, o qual era a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Amarante (1995) faz uma análise muito rica do que se trata a reforma psiquiátrica no país. Para ele, não se trata de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, como também pode ser chamado) e abandonar as pessoas nas ruas. A questão não é fechar leitos para reduzir custos no sentido do neoliberalismo ou de enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro).

Falamos, assim, de desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, e no tratamento da doença como entidade abstrata.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação as suas condições concretas de vida. Isso significa não administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação e torna-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, torna-se um sujeito, não apenas um objeto do saber psiquiátrico.

A desinstitucionalização é um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político. É, acima, de tudo, ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. É uma prática que reconhece, inclusive, o direito de ter um tratamento efetivo para que as pessoas enfermas possam receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado

ou dos novos serviços, mas na escolha de como a sociedade brasileira quer lidar com os diferentes, as minorias e os sujeitos em desvantagem social.

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge neste ano. É formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Sobretudo, o MTSM passa a protagonizar as denúncias de violência dos manicômios, mercantilização da loucura e hegemonia de uma rede privada de assistência. O movimento constrói coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Vasconcelos (2010) aponta que o movimento de reforma psiquiátrica buscou tirar o foco dos hospitais psiquiátricos para substituí-los por outros serviços abertos e comunitários, principalmente centros e núcleos de atenção psicossocial. Esses últimos atenderiam às necessidades sociais do indivíduo com transtorno mental em paralelo ao processo de fechamento de leitos e instituições hospitalares que já não tinham as mínimas condições básicas de cuidados médicos.

Além disso, o movimento exigiu também uma mudança na postura dos profissionais que atuavam na saúde mental. Agora deviam basear o trabalho na lógica da ação territorial, da ação grupal e do trabalho em equipe, atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar, para que o sujeito pudesse ser visto nas mais variadas dimensões, não apenas na ótica médica da enfermidade e dos sintomas.

Conforme Amarante e Torre (2001), o trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade que permite a manifestação do devir louco sem interditar sua expressão, sem o regular no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela e a criação de fissuras na serialização psiquiátrica. Um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura, que se processa

a partir da mudança das relações institucionais internas e de desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social.

Com o advento das políticas públicas e em prol da coletividade das pessoas com transtornos mentais, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é uma proposta da reforma psiquiátrica para mudança do modelo hospitalocêntrico que substitui a internação por um tratamento alternativo em relação à saúde mental. Costa (2014) afirma que o CAPS tem por objetivo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunidades.

O CAPS é uma alternativa para evitar internações psiquiátricas e uma forma de integrar o usuário num ambiente social e cultural concreto, de local aberto, acolhedor, inserindo o paciente num espaço urbano onde desenvolve seu cotidiano e dos familiares. Portanto, é entendido pela Reforma Psiquiátrica como um espaço democrático que visa o exercício dos direitos civis e salvaguardar a dignidade da pessoa humana a partir de reinserção, acesso ao trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares no meio comunitário.

Desse modo, os serviços ofertados pelo órgão devem estar articulados com a rede de serviços da saúde e outras redes sociais, haja vista a complexidade da demanda. Portanto, cabe reconhecer que o CAPS não atende todas as necessidades das pessoas com transtorno mental sozinho. Desse modo, outros dispositivos para o atendimento são os hospitais-dia, as residências terapêuticas, os hospitais gerais, as unidades básicas de saúde e a comunidade.

1.3 Historicidade do Serviço Social na saúde mental

O objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social e suas múltiplas faces manifestadas por meio do preconceito, estigma, desemprego, falta de moradia, precarização do trabalho, dentre outras expressões presentes na sociedade. Assim, surgem diversas demandas ao Serviço Social na saúde mental, as quais vão além da assistência psiquiátrica. Essas contemplam também os usuários e familiares nas relações sociais, econômicas e culturais.

Sodré (2010) aponta que, no Brasil, o Serviço Social demarcou a entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada. Serviam para o incentivo do controle de natalidade, de doenças infantis e higiene bucal, bem como acompanhar o processo de saneamento durante a criação das primeiras políticas urbanas de saúde. Este, por sua vez, era realizado a partir de trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o corpo e a higiene. Era um trabalho necessário a um país sem escolaridade e com grande parte da população em condições de miséria, a qual revelava desconhecimento sobre o próprio corpo.

Vasconcelos (2002) afirma que a constituição do Serviço Social como profissão no Brasil 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. Isso constitui uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização conservadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral como estratégia do Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.

A área da saúde mental tem sido um desses espaços que através dos tempos vem suscitando a intervenção deste profissional. Rosa (2008) afirma que o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e da família nas diversas formas de violação de direitos.

Para Rosa (2008), a questão social na saúde mental se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerada historicamente perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social. Essa é uma realidade que se apresenta, principalmente, na modernidade, que passa a considerar a pessoa com transtorno mental improdutiva e incapaz para o mundo do trabalho na sociedade capitalista.

Vasconcelos (2010) ressalta a década de 1940 como o marco da entrada do Serviço Social na saúde mental no Brasil. De acordo com o autor, nos primórdios da

profissão, o Serviço Social brasileiro foi profundamente influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista, influxo constatado pelo mapeamento feito pelo estudioso que identificou um número expressivo de disciplinas com conteúdos a eles ligados no primeiro Curso de Serviço Social nos anos de 1930.

De início, os profissionais trabalharam nos hospitais psiquiátricos nas seções de assistência, atuando de forma subordinada aos médicos em ações de levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, em contato com familiares para preparação de alta, na confecção de atestados sociais. Dessa forma, tratava-se de um fazer subalterno, burocrático, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2010).

O CAPS possui uma equipe constituída por diferentes profissionais. A participação dos assistentes sociais também é relevante neste ambiente, conforme coloca Bisneto:

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em saúde mental devido à formação social e política dos assistentes sociais. (BISNETO, 2007, p. 37)

Segundo Vasconcelos (2000), as práticas profissionais não colocavam como objetivo a mudança de concepção, do contexto e da prática profissional dentro da instituição como um todo nem tinham uma proposta de reabilitação psicossocial efetiva que abrangesse o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuário.

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja, classe dominante –, o Serviço Social caminhava no processo de institucionalização, atravessado continuamente pelo signo da alienação. Para Martinelli (2009), a área levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas à reprodução das relações sociais de exploração.

Santos (1994) diz que a exigência das equipes multiprofissionais fez com que outros saberes da ciência passassem a ter “voz e voto” neste meio que até então era um monopólio da psiquiatria, propiciando o que se pode chamar de uma democratização da psiquiatria. Passou-se a requerer a atuação de psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar técnico e administrador. Exigiu-se terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais ou

ambulatórios que trabalharam com equipe completa. Estabeleceu-se, no entanto, a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatra, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Na década de 1970, o Serviço Social buscou a construção de um Projeto Profissional embasado na teoria social de Marx. Isso só foi consolidado na década de 1980, durante o movimento de reconceituação, momento em que parte da categoria profissional questiona a própria atuação. Assim como em qualquer campo de trabalho, o assistente social não deve limitar a atuação ao atendimento isolado do aparente.

No âmbito da profissão do Serviço Social, os anos 70 e 80 foram de fundamental importância por terem sido palco do processo de reestruturação da profissão. Conforme Vasconcelos (2002):

Significou um marco importante e fundamental de revisão de crítica e um questionamento global da profissão, nos seus fundamentos teórico-ideológicos, de suas raízes sociopolíticas, e das características da prática profissional, produzindo uma reavaliação significativa de sua compreensão do processo de desenvolvimento dos países latino-americanos dentro da divisão internacional do trabalho, da contextualização histórica de seu trabalho, forjando a criação de um projeto profissional abrangente, exigindo uma politização da ação dos profissionais e organizações corporativas e uma reestrutura da formação profissional, na qual ganham importância os embates epistemológicos, metodológicos e ideológicos. (VASCONCELOS, 2002, p.198)

No período de 1990 em diante, o Serviço Social passa a adotar uma atitude mais comprometida na área de saúde mental de forma a consolidar os ideais da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica (ROSA, 2008). Com essa atitude, a profissão busca reforçar a cidadania da pessoa com transtorno mental e dos grupos vulnerabilizados em torno, procurando entender a realidade e seus múltiplos significados. Com tais propostas, o profissional passa a buscar referenciais apoiados numa perspectiva interdisciplinar que imprimam à prática cotidiana elementos valorizadores dos aspectos das relações sociais.

Iamamoto (2001) ressalta que a repercussão da proposta neoliberal no campo das políticas sociais é nítida e torna-se cada vez mais focalizada, centralizada e privatizada. Presenciamos a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos em consequência do “enxugamento do Estado” nas responsabilidades sociais. A preconizada redução do Estado é unidirecional: incide sobre a esfera de prestação de

serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos e de interesse da coletividade.

Não podemos deixar de perceber que o trabalho do assistente social está inserido no contexto mais amplo das políticas neoliberais que possuem forte impacto sobre o campo da saúde como um todo e da saúde mental no país (VASCONCELOS, 2002). É perceptível a influência internacional nas políticas do país e o descaso governamental com as áreas sociais. Outro aspecto importante da reforma psiquiátrica diz respeito à crise atual do Estado e às consequências políticas de ajustamento neoliberais (VASCONCELOS, 2002).

Costa (2006) afirma que o trabalho do assistente social é realizado por meio de levantamentos de dados das condições socioeconômicas do usuário. A depender das circunstâncias, elas interferem nos processos de saúde como internação, consultas, exames. O profissional passa informações sobre as normas da instituição e os procedimentos a serem usadas durante os atendimentos que incluem, por exemplo, o desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político. Essas consistem em articulação de atividades junto aos funcionários, aos representantes dos usuários, à lideranças comunitárias e à comunidade em geral. Tal ação envolve a realização de reuniões, oficinas de trabalho, cursos, seminários etc., contanto que sejam voltados à discussão de temas afetos ao processo de construção e consolidação permanente do SUS e interesse da área de saúde pública. Bem como, são propostas atividades de assessoria para elaboração de relatório e documentos reivindicatórios como abaixo assinado, organização de pessoas eleitorais etc.

De acordo com Nogueira e Simionato (1994), o Serviço Social é um dos mecanismos de operacionalização das políticas sociais que ocupa um lugar significativo na transformação de necessidades sociais em demandas. Nesse sentido, é relevante a dimensão política buscando desvendar as relações que interferem nas decisões políticas sociais públicas e contribuem para que as ações não se esgotem na prestação de serviços, mas sinalizem para o aperfeiçoamento e atendimento efetivo dos interesses da população.

Assim, torna-se necessário que o profissional de Serviço Social compreenda os mecanismos estruturais e conjunturais da sociedade, as forças sociais que delineiam o

perfil das políticas sociais públicas da realidade brasileira. Esta compreensão implica na articulação do movimento amplo da sociedade com as demandas locais que configuram o cotidiano profissional. A análise da construção da democracia e dos direitos sociais, a exemplo da cidadania, são cruciais para o posicionamento profissional do Serviço Social (Sposati, 1992).

Torna-se importante, para o assistente social, compreender os mecanismos de regulação social como produtos históricos decorrentes das relações estabelecidas na sociedade. Isso é fundamental para a ampliação dos direitos sociais e políticos tanto individuais quanto coletivos.

Entendido por Lima (2004), a inserção do assistente social no campo da saúde mental não se difere em termos gerais da inserção em qualquer outro campo de intervenção deste profissional, visto que o processo de trabalho tem base na Lei nº 8662 que regulamenta a profissão e no Código de Ética Profissional, ambos constituídos na década de 90. É em decorrência desta legislação que a profissão intervém em um projeto ético-político.

O Código de Ética norteia o trabalho do assistente social nos mais variados campos socio-ocupacionais e segue princípios: a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos sociais e políticos da classe trabalhadora; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade (CFESS, 1993).

1.4 A atuação do assistente social na saúde mental

A atuação do assistente social no hospital psiquiátrico é indispensável, pois é membro da equipe interdisciplinar no serviço de saúde mental e humaniza a condição dos pacientes internados.

O assistente social deve atribuir suas competências perante a necessidade estabelecida em cada contexto, bem como nas diretrizes que direcionam o Serviço Social na área de assistência à saúde, pois somente assim será praticada a ética na busca dos direitos sociais, com vistas à consolidação e efetivação da cidadania, e na reinserção social do portador de transtorno mental na sociedade.

Sendo assim, a atuação do profissional tem como objetivo desempenhar uma função que informe e oriente o portador de transtorno mental e a família, como também inserir o indivíduo no meio social para que ele efetive seus direitos sociais existentes, lutando por ações que ainda não são empregadas aos pacientes.

Para Pereira (2000), a crença de que a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo está presente em todas as categorias profissionais que se interessam por trabalhar com aquela. O que diferencia uma intervenção de outra é a forma como essa instituição é vista pelos profissionais e como ela se insere nas diversas intervenções que a abordam.

Rosa (2000) nos traz uma das questões que justifica o motivo das internações de longo prazo não se mostram como uma alternativa eficaz: o portador de transtorno mental, ao mesmo tempo em que é um integrante do grupo familiar, tende, com as reinternações seguidas, a se tornar um estranho, um outro, em função da própria vida manicomial que o mortifica e o empobrece em termos relacionais. O portador de transtorno mental adapta-se forçosamente à vida institucional e se torna dependente de seus muros.

Rosa (2000) apresenta a realidade presente no cotidiano das famílias cuidadoras de pacientes com transtornos mentais. Contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia.

Pereira (2000) relaciona as fragilidades apresentadas pela família cuidadora de pacientes com transtornos mentais e a atuação que o assistente social deve ter. Para ele, é importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais na intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e o convidando a

participar da elaboração dos serviços e de avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).

Bisneto (2007) aponta que algumas variáveis típicas na caracterização dos usuários de estabelecimentos psiquiátricos que podem trazer implicação para a prática do Serviço Social, sendo levantadas questões como a predominância de usuários pertencentes à classe dominada, moradores de rua e sujeitos com baixo nível de escolaridade. Apesar das instituições psiquiátricas não fazerem distinção de classe social, são os empobrecidos que prevalecem trazendo consigo não apenas as demandas emergenciais decorrentes da condição social, mas principalmente questões implícitas que cabe ao assistente social desvelá-las.

A atuação do Assistente social diante do novo cenário da saúde mental tem ainda apresentado inúmeras dificuldades diante as questões burocráticas das instituições. Estas instituições não oferecem, na maioria das vezes, condições de trabalho para o serviço social. Assim nos adverte Vasconcelos:

A deterioração das condições de trabalho e dos recursos básicos nos hospitais públicos e centros de saúde especializados vem gerando impasses para o cuidado à saúde geral e a intercorrências agudas dos usuários da saúde mental. Além disso, os usuários em processo mais avançado de recuperação passam a utilizar de formas mais autônomas os serviços deteriorados do SUS para sua atenção à saúde e em geral, e não são raros os casos em que as longas filas de espera geram deterioramento das condições físicas e até mesmo a morte desses usuários, particularmente para os portadores de transtornos crônicos. (VASCONCELOS, 2008, p.46)

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa, do ponto de vista da natureza qualitativa, é classificada como pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos que envolvem verdades e interesses locais.

Em relação aos objetivos, classificamos como exploratória, uma vez que proporciona uma maior familiaridade com o problema e torná-lo mais compreensível ou construir hipóteses. Para Gil (2009, p. 41), uma pesquisa exploratória tem como principal objetivo “[...] o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. Quanto à abordagem, foi elaborada baseando-se em pesquisa predominantemente de natureza qualitativa do tipo exploratória a ser aplicada sobre o assunto abordado. Segundo

Chizzotti (2006, p. 144), “o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível”.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, foram utilizados dois tipos de pesquisa. A primeira foi à pesquisa bibliográfica, visto que o tema proposto é contemplado em livros, artigos científicos, *sítes* e jornais, ocasião em que utilizamos concepções de vários autores e teorias relacionadas ao assunto em questão.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de *websites*. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. (FONSECA, 2002, p. 32)

O segundo tipo foi um estudo de campo por meio de um questionário que envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos. Como aponta Ventura (2002, p. 79), a pesquisa de campo merece atenção, pois os critérios de escolha da amostragem deve ser indicados (as pessoas que serão escolhidas como exemplares de certa situação), a forma da coleta de dados e os critérios de análise dos dados obtidos. Assim, “a pesquisa de campo utiliza técnicas específicas que têm o objetivo de recolher e registrar, de maneira ordenada, os dados sobre o assunto em estudo” (ANDRADE, 2010, p. 131).

Para o presente projeto, apenas um profissional foi selecionado, ou seja; colaborador que na ocasião está trabalhando em uma instituição psiquiátrica do SUS (Sistema Único de Saúde). Foram pesquisados também os programas e os projetos de saúde existentes na instituição voltados direta ou indiretamente a este público.

Na descrição dos materiais e dos métodos, pretendemos permitir que ocorra viabilidade e confiabilidade das informações obtidas, mesmo considerando que possa haver um pouco de dificuldade em legitimar as informações com veracidade devido ao receio de punição, em casos que ocorram respostas negativas para a instituição. Por tal motivo, o questionário não será nominal.

Em relação à descrição dos procedimentos, tivemos como instrumento de coleta de dados a aplicação de um questionário contendo 10 questões abertas posteriormente estipuladas em entrevistas. Porém, antes, a proposta da pesquisa foi apresentada individualmente para uma adesão satisfatória no processo.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nosso interesse, sobretudo, frente a este objeto de estudo, propicia aos pacientes que estão abandonados nos hospitais psiquiátricos uma nova maneira de rever suas vidas a partir da reinserção social.

O questionário foi respondido por uma assistente social atuante em um hospital psiquiátrico, com ampla experiência no assunto abordado.

PERGUNTA 01: Você trabalha em algum hospital psiquiátrico? Justifique.

Sim, trabalho em um hospital psiquiátrico no município de Fortaleza - CE. Sou funcionária desde Janeiro de 2001 e atuo tanto com pacientes com transtorno mental quanto com dependentes químicos e seus familiares.

PERGUNTA 02: Quais as principais atribuições do assistente social no hospital psiquiátrico?

Orientar e encaminhar aos serviços sociais assegurados pelo governo federal, estadual e municipal; Realizar entrevistas admissionais e subsequentes com os familiares e pacientes, focadas nas questões sociofamiliares; Elaborar parecer social, visando garantir aos usuários seus direitos e inserção nos programas sociais; Realizar visitas domiciliares e institucionais investigativas para a identificação de pacientes ou familiares; Visitas domiciliares com o objetivo de parecer e diagnóstico sociofamiliar, ressocialização e mediação de conflitos; Supervisionar, orientar, avaliar e elaborar relatórios de estagiários de Serviço Social.

Rosa (2008) afirma que o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e da família nas diversas formas de violação de direitos.

O assistente social atribui suas competências perante cada necessidade do indivíduo. Ele é indispensável como membro da equipe interdisciplinar na saúde mental, pois é um dos profissionais que informam, orientam e humanizam o atendimento ao paciente com transtorno mental.

PERGUNTA 03: Há muitos casos de abandono de pacientes nessa instituição em que você atua como assistente social? Justifique.

Sim, atualmente existem 10 pacientes nessa situação.

Para Rosa (2008) a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social

pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social. Essa é uma realidade que se coloca, principalmente, na modernidade, que passa a considerar a pessoa com transtorno mental improdutiva e incapaz para o mundo do trabalho na sociedade capitalista.

O indivíduo com transtorno mental ainda continua sendo excluído da sociedade, esquecido e trancafiado nos hospitais psiquiátricos, "favorecendo" muitas vezes ao familiar a não obrigatoriedade do cuidado com o membro da sua família. Não podemos ignorar as dificuldades encontradas pela família na convivência, na aceitação e no entendimento de sujeitos com transtorno psiquiátrico, o que é possível de se entender mediante o fato de que, por muitos séculos, a sociedade escondeu os pacientes psiquiátricos atrás dos muros manicomialis.

PERGUNTA 04: Quais os principais motivos do abandono de pacientes nessa instituição?

Inabilidade para cuidar de uma pessoa com transtorno mental; Falecimento do responsável/ cuidador; Dificuldade financeira; Cuidador idoso; Preconceito; Falta de afetividade para com o familiar adoecido; Pacientes de outros países sem suporte da família; Precariedade da rede de saúde mental para a assistência, apoio e suporte aos familiares.

Há muitos motivos para o abandono. Isto faz com que as pessoas comecem a perder a noção de tempo, de espaço, de individualidade e da capacidade de desenvolver a própria vida no futuro. Ela perde totalmente a identidade e faz com que seja difícil a reinserção em um ambiente familiar (residências terapêuticas).

PERGUNTA 05: Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo assistente social frente à essa problemática do abandono de pacientes?

Dificuldade para identificar os familiares que mudam de endereço sem comunicar; Dificuldade para obter os documentos do paciente para possível benefício assistencial; Carência de serviço para abrigamento (residências terapêuticas); Instituições particulares para abrigamento que cobram caro; Burocracia e morosidade na resolução junto aos serviços, Consulados, Promotoria de Saúde e Ministério Público.

O profissional de serviço social trabalha em situações adversas e muitas vezes acabam em descrédito na possibilidade de mudanças nas políticas públicas de saúde mental, causando perdas tanto ao usuário quanto para o assistente social que se vê bloqueado nas dimensões ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo.

PERGUNTA 06: Diante dessa problemática do abandono, até que ponto o Serviço Social pode intervir?

Após esgotarem-se todas as possibilidades para localização de familiares ou para promover a ressocialização sociofamiliar, o caso é encaminhado a Promotoria de Justiça e Defesa de Saúde e Promotoria da Justiça do Idoso e da Pessoa com Deficiência.

O assistente social realiza o processo de investigação e trabalha com articulação das redes em saúde, portanto, no caso de não haver mais como intervir na situação daquele paciente em situação de abandono no hospital psiquiátrico, ele faz um relatório informando o caso para os órgãos competentes para que a situação desse paciente seja resolvida.

PERGUNTA 07: Paciente com longo prazo de internação, como procede o Serviço Social para fortalecer os vínculos com a família?

Buscamos fortalecer os vínculos familiares mantendo contato constante, atendendo os familiares, promovendo orientação psicossocial e sobre o tratamento hospitalar e pós alta, sobre os direitos previdenciários e assistenciais e sobre a importância do suporte familiar para recuperação do paciente. Realizamos visitas domiciliares, reuniões e encaminhamentos à rede de tratamento de saúde mental para suporte psicossocial aos familiares que necessitem.”

Pereira (2000) relaciona as fragilidades apresentadas pela família cuidadora de pacientes com transtornos mentais e a atuação que o assistente social deve ter diante desta demanda. É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais na intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e o convidando a

participar da elaboração dos serviços e da avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).

O assistente social tem como objetivo intervir na realidade daquele paciente, buscando sempre envolver a família no processo de tratamento; ele orienta a família sobre a importância do convívio com os familiares para que o paciente não se acostume no ambiente hospitalar.

PERGUNTA 08: Pacientes abandonados (sem vínculos familiares) nessa instituição, como procede o serviço Social?

Procurar identificar um familiar; Procurar identificar a documentação do paciente; Verificar junto ao INSS se recebe algum benefício assistencial; Pleitear junto ao INSS benefício socioassistencial; Divulgar imagem do paciente na mídia; Encaminhar relatório do caso ao CREAS, CAPS de referência e Centro POP; Caso se esgote as possibilidades, encaminhar a Promotoria de Justiça e Defesa de Saúde e Promotoria da Justiça do Idoso e da Pessoa com Deficiência.”

O assistente social realiza o processo de investigação e articulação das redes de saúde, realiza os relatórios e encaminhamentos de acordo com cada caso. Esse profissional faz a mediação a partir da reinserção social desses pacientes que perderam as identidades e lares e foram sujeitos ao abandono. Estes pacientes, aos poucos, voltam para suas casas ou para abrigos em residências terapêuticas.

PERGUNTA 09: Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica foi à criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como alternativa para evitar as internações. Com isso o número de demandas está diminuindo? Em caso alternativo, por quê?

Não. Devido à precarização dos CAPS e diante da ausência de médicos e medicação, os pacientes reincidem na doença e em crise, acaba necessitando de reinternação hospitalar psiquiátrica.

Costa (2014) afirma que o CAPS tem por objetivo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunidades.

A Reforma Psiquiátrica rejeita o enclausuramento do doente mental em hospitais psiquiátricos e faz dos CAPS uma alternativa para evitar as internações, sendo que, hoje os CAPS não conseguem suprir a demanda, uma vez que a sociedade está cada

vez mais doente. A falta de profissionais e medicação para o tratamento do doente mental também é outro fator que prejudica este sistema.

PERGUNTA 10: Quais os projetos e/ou programas de intervenção que estão sendo desenvolvidas pelo Serviço Social nessa instituição?

Atualmente o Serviço Social compõe a equipe interdisciplinar (psiquiatra, assistente social, psicóloga, enfermeira e terapeuta ocupacional) no Programa de Atendimento Domiciliar – PAD.

O Código de Ética da profissão norteia o trabalho do assistente social nos mais variados campos socio-ocupacionais e segue princípios como a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos sociais e políticos da classe trabalhadora; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade (CFESS, 1993).

O PAD realiza um trabalho de acompanhamento do paciente após a alta, na residência com ou sem suporte familiar. O Serviço Social nesse programa é de grande relevância para a equipe, pois o trabalho do assistente social é de orientar o usuário em relação aos seus direitos.

CONSIDERAÇÕES

A efetivação do assistente social em hospitais psiquiátricos é indispensável como membro da equipe interdisciplinar no serviço de saúde mental, pois é ele um dos profissionais que humanizam a condição dos indivíduos com transtornos mentais. O paciente e a família, muitas vezes, estão em “crise” diante a problemática de reinserção social.

O assistente social tem como fator indispensável atribuir as suas competências perante a necessidade estabelecida em cada contexto, bem como nas diretrizes que direcionam o Serviço Social na área de assistência à saúde, pois somente assim será praticada a ética na busca dos direitos sociais, com vistas à consolidação e efetivação da cidadania e na reinserção social do portador de transtorno mental na sociedade contemporânea.

Sendo assim, a atuação desse profissional tem como objetivo desempenhar funções que informem e orientem o portador de transtorno mental, bem como possa inseri-lo no meio social para que efetive seus direitos sociais existentes, lutando por ações que ainda não são empregadas aos pacientes. Dessa maneira, o paciente terá novas perspectivas frente a ao seu novo lar e em seu novo laço familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma - Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ALESSI. N. P. OLIVEIRA. **A. G. B. de. Cidadania**: instrumentos e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1): 191 — 203, 2005.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos**: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, 11 (3): 491 -- 494. jul.-set. Rio de Janeiro, 1995a.

AMARANTE, P. TORRES_ E.E.G. **Protagonismo e Subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 6 (1): 73-85. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Asilos, Alienados e Alienistas: Pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set., 1995a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, Brasília, março de 2012a, 28p,1999.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

DELGADO, P.G. et al. **Perfil dos pacientes psiquiátricos de longa permanência de internações repetidas**. Rio de Janeiro, 2001

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 10ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, T. C. S. de. **A intervenção profissional do Serviço Social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas**. Porto Alegre: anais do ENPESS, 2004.

MACHADO, et. al. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1978.

MARTINELLI, M. L. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

MINAYO, M.^a de Souza (Org.). **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

NOGUEIRA V. M., SIMIONATO, I. **Políticas de Saúde — do projeto formal à prática concreta**. Serviço Social e Sociedade, n°44; São Paulo: Cortez, 1994.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significados sociais**. Belo Horizonte: Argumentum, 2009.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L. C. dos S. **A prática do assistente social com a família em saúde mental**. Fortaleza, 2004.

SANTOS, N.G. **Do hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Ciência e Saúde Coletiva, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ministério da Saúde, 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____**Serviço Social e Interdisciplinaridade**: o exemplo da saúde mental. Serviço Social e Sociedade 54 (XVIII). São Paulo: Cortez, 1997b.

_____**Cidadania e Loucura**: construindo direitos de inclusão social dos usuários em saúde mental. Fortaleza, 2004.

APÊNDICE

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROBLEMÁTICA DE ABANDONO DE PACIENTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

NOME:

CRESS:

QUESTIONÁRIO

- 1. Você trabalha em algum hospital psiquiátrico? Justifique.**
- 2. Quais as principais atribuições do assistente social no hospital psiquiátrico?**
- 3. Há muitos casos de abandono de pacientes nessa instituição em que você atua como assistente social? Justifique.**
- 4. Quais os principais motivos do abandono de pacientes nessa instituição?**
- 5. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo assistente social frente à essa problemática do abandono de pacientes?**
- 6. Diante dessa problemática do abandono, até que ponto o Serviço Social pode intervir?**
- 7. Paciente com longo prazo de internação, como procede o Serviço Social para fortalecer os vínculos com a família?**
- 8. Pacientes abandonados (sem vínculos familiares) nessa instituição, como procede o assistente social?**

9. Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica foram a criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como alternativa para evitar as internações. Com isso o número de demandas está diminuindo? Em caso alternativo, porquê?

10. Quais os projetos e/ou programas de intervenção que estão sendo desenvolvidas pelo Serviço Social nessa instituição?

-



DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA DE TCC

Eu, **GIULIANNE BEZERRA BATISTA**, brasileira, solteira, CPF N° **035852443-19** Carteira de Identidade N° **2006010147543**, Órgão expedidor **SSP-CE**, graduado(a) em **Jornalismo** pela **Universidade Federal do Ceará (UFC)** e **Diplomada na Casa de Cultura Portuguesa da UFC**, residente e domiciliada na rua **Padre Barbosa de Jesus, 202, Bairro de Fátima**, declaro para a **FACULDADE ATENEU**, que revisei o trabalho de conclusão de curso de graduação **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A atuação do assistente social na problemática de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos** das orientandas:

Orientanda: **ANA VIRGÍNIA SILVA ROGÉRIO**

Matrícula:2013213003

Orientanda: **CLEONICE ALMEIDA DO CARMO**

Matrícula:2013205136

Fortaleza, 13 de novembro de 2017.

Jornalista (UFC)

Mestranda em Comunicação (UFC)

e Certificada pela Casa de Cultura Portuguesa (UFC).



TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO ALUNO

EU, Ana Virgínia Silva Rogério e Cleonice Almeida do Carmo, aluno(as) regularmente matriculado(as) no Curso de Graduação em Serviço Social , turma de 2013 , declaro, para os devidos fins de direito, que a/o monografia/artigo intitulada

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROBLEMÁTICA DE ABANDONO DE PACIENTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS é de nossa autoria,

Tendo sido elaborado com a observância ao princípio do respeito aos direitos autorais de terceiros e em conformidades às normas estabelecidas no Manual de Normas para a Estrutura Formal de Trabalhos Científicos da Faculdade Ateneu.

Declaramos ainda que as citações e referências foram elaboradas à luz das normas da ABNT.

Estamos ciente, outrossim, de que o plágio ou a adoção de qualquer outro meio ilícito, na confecção de trabalhos acadêmicos configura fraude possível de sanções, conforme as normas internas da Faculdade Ateneu, das quais também declaramos ter plena ciência.

Ademais, tenho conhecimento de que, eventualmente, o professor orientador poderá exigir-me uma verificação adicional de conhecimento sobre o tema da monografia como condição para aprovação na disciplina de orientação.

Declaramos, por fim, que temos conhecimento de que o plágio constitui crime previsto no art. 184 do Código Brasileiro e que arcarei com todas as implicações civis, criminais e administrativas, caso incorra nesta prática.

Ana Virgínia Silva Rogério

Nome

Matrícula:2013213003

Cleonice Almeida do carmo

Nome

Matrícula:2013205136

Fortaleza-CE, 18 de Dezembro de 2017



ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

No dia 11 de dezembro 2017, na sede da Faculdade Ateneu, deu-se por acontecido a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito para conclusão do curso de Graduação em Serviço Social, das alunas: **ANA VIRGINIA SILVA ROGÉRIO** e **CLEONICE ALMEIDA DO CARMO**. TEMA: **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROBLEMÁTICA DE ABANDONO DE PACIENTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.**, sob orientação da Professora Soraia Jorge Pereira de Vasconcelos.

Após a defesa e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado:

- Aprovado com nota 9,5
 Aprovado condicionado às correções e recomendações da Banca, a realizar no prazo estipulado
 Reprovado com nota _____

| RESUMO DE NOTAS DA BANCA | | | | |
|--------------------------|--|-----------|--------------|-------------|
| | Nomes dos Membros da Banca | Nota Oral | Nota Escrita | Média Final |
| Examinador: | <i>Soraia Ferreira Araújo Cavalcante</i> | | | <i>9,5</i> |
| Examinador: | <i>Ana Carolina Ferreira Mendonça</i> | | | <i>9,5</i> |
| Examinador: | <i>Soraia Pereira J. S. de Vasconcelos</i> | | | <i>9,5</i> |
| Média Geral do TCC: | | | | <i>9,5</i> |

Observações: _____

Assinaturas:

Constituíram a Banca Examinadora os professores:

Soraia Ferreira Araújo Cavalcante
Examinador:

[Assinatura]
Examinador:

Soraia Pereira Jorge de Sousa de Vasconcelos
Presidente da Banca: