

## ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO

Thainara Castanho de Oliveira<sup>1</sup>  
Fabiana Vosgerau Trentini<sup>2</sup>

**Resumo:** A presente pesquisa, tem como objetivo compreender a atuação profissional do assistente social no cenário de internação psiquiátrica, na cidade de Ponta Grossa - PR, através da experiência vivenciada no estágio supervisionado obrigatório. Tem como objetivos específicos, resgatar um breve histórico sobre o conceito de loucura e a Reforma Psiquiátrica, identificar o tratamento no CAPS x hospital psiquiátrico, e contextualizar a intervenção do serviço social no internamento dentro de uma instituição psiquiátrica. Para o alcance do objetivo realizou-se uma pesquisa bibliográfica, onde se buscou analisar o cotidiano da profissional, utilizando o instrumento de observação e diário de campo. Desse modo, procura-se reafirmar a importância do serviço social nesse espaço, principalmente nesse contexto de piora das expressões da questão social, visto que o mesmo busca contribuir na garantia de direitos dos usuários.

**Palavras-chave:** Assistente Social, Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico.

**Abstract:** The present research aims to understand the professional performance of the social worker in the psychiatric hospitalization scenario, in the city of Ponta Grossa - PR, through the experience lived in the mandatory supervised internship. Its specific objectives are to rescue a brief history of the concept of madness and the Psychiatric Reform, to identify the treatment in CAPS x psychiatric hospital, and to contextualize the intervention of the social service in the hospitalization within a psychiatric institution. In order to reach the objective, a bibliographic research was

---

<sup>1</sup>Acadêmica do 8º Período do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Santa Amélia - Unisecal. E-mail: oliveirathainara72@gmail.com

<sup>2</sup>Professora Orientadora do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Santa Amélia - Unisecal. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas. E-mail: fabiana.trentini@unisecal.edu.br

carried out, which sought to analyze the daily life of the professional, using the instrument of observation and field diary. In this way, we seek to reaffirm the importance of social service in this space, especially in this context of worsening expressions of the social issue, since it seeks to contribute to guaranteeing users' rights.

**Keywords:** Social Worker, Mental Health, Psychiatric Hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, tem como finalidade, relatar a atuação do Serviço Social em uma instituição hospitalocêntrica, através da observação realizada durante o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, no período de julho de 2022 a dezembro de 2022 com resultados apresentados de julho até a primeira semana de novembro de 2022.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças, trata-se de um estado no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse da rotina, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. É possível dizer então, que saúde mental é entendida como um aspecto relacionado ao bem-estar, a qualidade de vida e de se relacionar com os outros.

Nesse contexto, o trabalho desenvolvido pelo setor de Serviço Social se desenvolve junto às famílias e pacientes, procurando mudar a realidade apresentada, por meio dos seus instrumentais técnico-operativos como o acolhimento, a observação, entrevista, escuta qualificada, olhar crítico, e diagnóstico social, com o objetivo de garantir o acesso aos seus direitos sociais e direitos humanos, um tratamento digno e a melhoria da qualidade de vida dos usuários e de seu grupo familiar. Na prática profissional do assistente social, seu trabalho tem como objetivo principal assegurar os direitos sociais e direitos humanos, acolher e conhecer a realidade cada usuário, estando presente desde a internação até a alta hospitalar do paciente.

Levando em conta que a internação é uma situação temporária em que o usuário retorna para o convívio familiar e social, o trabalho do serviço social no hospital psiquiátrico é realizado em conjunto com a equipe multidisciplinar que se complementam e buscam promover um tratamento diferenciado e humanizado.

De acordo com os fatos apresentados, é possível observar a relevância da pesquisa, visto que, a saúde mental se compreende como uma expressão da questão social e atualmente, tornou-se possível observar a saúde mental dessa forma levando em consideração que por muito tempo, as pessoas em sofrimento mental eram consideradas pela sociedade como “loucos”, “anormais”, e eram submetidas a maus tratos, vivendo em situações desumanas onde tinham seus direitos violados.

Essa pesquisa teve início mediante o olhar da estagiária na referida instituição, com o intuito de compreender a atuação do assistente social no processo de internamento e tratamento do paciente.

Para a construção dessa pesquisa, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica acerca da história da “loucura”, Reforma Psiquiátrica, Centros de Atenção Psicossocial, Hospital Psiquiátrico e a atuação do serviço social no internamento psiquiátrico. De forma complementar, o trabalho se apoia nas observações e também no registro em diário de campo, e reflexões sobre a experiência no estágio.

Segundo Minayo (1993, p.100) “O diário de campo é uma das etapas 925 de pesquisa.” sendo assim o diário de campo é um dos componentes base para copilar informações, observações, e reflexões vivenciadas no campo do estágio. nesse sentido pode ser usado para o detalhamento de situações, dúvidas, problematizações, atendimentos, entre outros relatos que condiz ao campo de estágio.

Com relação aos objetivos da pesquisa, tem como objetivo geral, compreender a atuação do assistente social no cenário de internação psiquiátrica de um hospital psiquiátrico na cidade de Ponta Grossa-PR. Já, no referente aos objetivos específicos, deseja-se apresentar o conceito de saúde mental e resgatar um breve histórico da saúde mental no Brasil, também, compreender o trabalho e a consolidação do assistente social enquanto profissional da saúde, e, por fim, contextualizar a intervenção do Serviço Social dentro de um hospital psiquiátrico.

Desse modo, o trabalho está dividido da seguinte forma: a primeira sessão apresenta a História da Loucura, na segunda sessão visa abordar o contexto histórico da Reforma Sanitária e seus caminhos percorridos, e ainda, as transformações que a Reforma Psiquiátrica possibilitou às pessoas em sofrimento

psíquico, já a terceira sessão, procura-se entender a diferença entre o tratamento em Hospitais Psiquiátricos e o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, e por último, a quarta sessão a qual, visa contextualizar a prática de Serviço Social durante o internamento no hospital psiquiátrico.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA**

Para dar o devido entendimento sobre a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se faz necessário, discorrer brevemente sobre contexto histórico da “loucura”, a forma como ela era vista. Freyze (1984) afirma que a “loucura” de modo geral pode ser considerada um fenômeno psicológico e cultural que assume diversas facetas, a “loucura” emerge da relação com uma razão que necessita dela para existir a “não razão”. Dessa forma, busca-se compreender, como ocorreu esse rompimento entre razão e “loucura”.

Na antiguidade clássica, até a era cristã, a “loucura” era vista sob alguns enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas. Na idade média, de acordo com Ramminger (2002, p. 112), iniciou-se a predominância da “loucura” como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa, havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda, a obsessão, na qual, o demônio altera percepções e emoções da pessoa.

Com o passar do tempo, o enfoque diabólico foi descartado, prevalecendo a influência de Hipócrates e sua teoria patológica, na qual, o delírio era marca da insanidade, sendo as perturbações intelectuais a condição principal para o diagnóstico da “loucura”. Assim, em 1801, inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002, p. 112). De acordo com Roudinesco (1998), logo após a saída do universo da religião e da magia, o fenômeno da “loucura” começou a ser abordada a partir de três maneiras:

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria

dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria). (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

Pinel define a “loucura” (ou alienação) como o desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais, rejeitando inclusive, as explicações organicistas. Desse modo, a visão clínica da “loucura”, constitui-se desde o seu diagnóstico, que acarreta na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações na vida biológica, e, ainda, nas atividades mentais e no comportamento social do paciente.

Esses acontecimentos, se deram nos manicômios, espaços onde não haviam somente o asilamento, mas, a busca para chegar a cura do paciente, pois, entendiam que o motivo da “loucura” era considerado uma manifestação divina, tipo de imoralidade. Com o passar dos tempos, a doutrina empregada de Pinel, foi ofuscada pelo tratamento inadequado. Com o retorno da visão organicista, os manicômios deixaram de ser espaços terapêuticos e voltaram a ser equipamentos de segregação social.

Conforme citado por (CASTEL, 1978 apud ENGEL, 2001, p. 8), “A loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros reclusos”. Com esse fato, inicia-se uma nova prática da “loucura” a partir do século XVIII até o século XIX. A “loucura” passa a ser entendida como uma doença, instrumento de conhecimento e da ação direta dos médicos.

Nesse sentido, é possível observar a partir da história da “loucura”, as várias funções do manicômio. A mais antiga que podemos mencionar, é a de recolher os “loucos”, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público por grupos religiosos conforme apresentado por Ramminger (2002).

Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém, os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos, e, a partir do século XIX, conforme Ramminger (2002, p. 113), surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de “manicômios”.

As condições dessas instituições eram precárias e a maioria dos pacientes não tinham diagnóstico de doença mental. Os pacientes eram “[...] epiléticos, alcoolistas,

homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14), além disso, esses pacientes estavam expostos a condições desumanas e que feriam sua dignidade e direitos. Essas pessoas eram vítimas de agressões e maus tratos, havia entre eles um elevado número de mortes entre os pacientes internos, e também a medicalização excessiva para a “cura” desses pacientes que se encontravam em adoecimento mental. No entanto, essas instituições alegavam suas práticas com o argumento da limpeza social, excluindo da sociedade sujeitos marcados por comportamentos indesejáveis. Portanto, esses manicômios exerciam função social de disciplinar corpos e comportamentos, como forma de poder que buscava atender os padrões da civilidade moderna.

O desfecho desse modo de olhar e tratar a saúde mental, foi possível com a junção de figuras sociais, a partir de denúncias de maus tratos em hospitais psiquiátricos do país. Instituiu-se então, na década de 1970, o movimento de Reforma Psiquiátrica, buscando o fim dos manicômios, a garantia de direitos dos pacientes psiquiátricos e um novo modelo de sistema de saúde mental no Brasil, e finalmente, na década de 80, aconteceu a extinção do Hospital Colônia de Barbacena.

## 2.2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Antes de falarmos sobre a Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário situar o que foi o movimento de reforma sanitária, para o sistema de saúde brasileiro. O Movimento de Reforma Sanitária surge em um cenário de luta contra a ditadura entre os anos 1967 e 1977, a qual, traz em sua trajetória um novo conceito de saúde e contava com atores sociais, sendo estes, médicos residentes, profissionais da área da saúde, e parte da população e tinha por objetivo a defesa e a universalização das políticas sociais, e a garantia dos direitos sociais, buscando melhorias no acesso a saúde e nas condições de vida da população.

No que concerne a política social de saúde, foi instituído o Projeto da Reforma Sanitária, onde os participantes buscavam que o estado executasse políticas sociais em prol da sociedade visando o bem-estar e a igualdade de acesso a todos. Sendo assim o Projeto de Reforma Sanitária é baseado no estado democrático de direito, e resultou na universalidade do direito à saúde, como um direito do cidadão e dever do

Estado, sendo universal e igualitário a todos. Conforme (BRAVO, 2011 apud TRABUCRO 2022), nesse sentido, tinha como idéias principais: democratização do acesso à saúde, universalização das ações e a descentralização com controle social.

O Movimento Sanitário tem início em 1970, formado inicialmente por profissionais e técnicos da área, porém ao longo do caminho foi ganhando força e visibilidade de participantes da sociedade civil, os quais se reuniam para promover mudanças diferentemente do modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, Tabucro (2022, p. 3) afirma que a Reforma Sanitária Brasileira foi caracterizada como um movimento pela democratização da saúde, que deixou de ser interesse apenas de técnicos e assumiu uma dimensão política, pois tornou-se uma luta em favor das classes.

Além disto, através da Reforma Sanitária, os sujeitos que dela participavam, almejavam por mudanças na forma de produzir saúde no Brasil, entre elas, o acesso gratuito à saúde. A partir dessas reivindicações o direito e acesso à saúde foi aprovado e promulgado na Constituição Federal de 1988 com a Criação do SUS (BRASIL, 1990). O Sistema Único de Saúde:

[...] tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma "saúde como direito de todos e dever do Estado", previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004, p.13).

O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da seguridade social, significa uma grande conquista para a sociedade por intermédio da reforma sanitária, garantindo acesso universal e gratuito a todos os indivíduos sem exceção, tendo como proposta, a diminuição das desigualdades sociais existentes, e cabe ao estado a função de garantir esse direito.

Paralelo a esse movimento, dá-se o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil que acontece de modo simultâneo a Reforma Sanitária Brasileira, buscando um novo modo de tratamento e a garantia de direitos da pessoa em sofrimento mental, sendo este, formado por trabalhadores da saúde mental, familiares dos pacientes e

os próprios usuários dos serviços, e que surgiu em decorrência do grande número de denúncias contra a violência praticada em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios / instituições psiquiátricas.

Mesmo com a criação do sistema de saúde ocorrido devido à Reforma Sanitária, as condições ainda eram precárias e dessa forma, emerge o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para Amarante (1995) o movimento de Reforma Psiquiátrica é um:

Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural, mas também e principalmente na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.88).

O movimento da Reforma Psiquiátrica requer, não somente o fim dos manicômios, mas também, a defesa e a ampliação dos direitos das pessoas acometidas com transtornos mentais, buscando melhoria no atendimento desses usuários.

No ano de 1978, ocorre o início dos movimentos sociais que buscavam melhorias nas condições de trabalho e um tratamento humanizado aos pacientes psiquiátricos do nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) segundo Amarante (1995), era um movimento constituído por trabalhadores da saúde mental, apoiados por integrantes do movimento de Reforma Sanitária, trabalhadores, conselhos, associações de pessoas com transtornos mentais e familiares, e através de várias lutas, passou a protagonizar a substituição do modelo hospitalocêntrico na assistência aos pacientes em sofrimento mental.

Conforme Amarante (1995), o MTSM:

[...] cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associação de classes, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 52).

O movimento avança e no ano de 1987 ocorre no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e em Bauru (SP) o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No ano de 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) dá entrada no Congresso



Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG). O qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. (MESQUITA, 2008, p. 5).

No entanto, Mesquita (2008) destaca que somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal nº 10.216 orienta a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2005, P. 7)

Essa importante conquista, foi fruto de muita batalha e luta para garantir a efetivação de direitos na área de saúde mental no Brasil, assim como a Política Nacional destinada a pessoas em sofrimento mental e o tratamento que visa a reinserção do paciente, permitindo seu convívio familiar e social. Tais ações foram fundamentais para que os pacientes prosseguissem com o tratamento.

Compreendendo o contexto histórico da saúde mental, desde o surgimento da “loucura”, até as péssimas condições que os pacientes se encontravam nos manicômios, as transformações na área da saúde mental são conquistas de lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), até a Reforma Psiquiátrica, que foi um marco importante, na garantia de direitos para as pessoas em sofrimento mental.

### 2.3 TRATAMENTO NO CAPS X TRATAMENTO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Antes de falarmos sobre o tratamento dentro de um hospital psiquiátrico, faz-se necessário trazer o tratamento de um dos equipamentos postos na Lei da Reforma Psiquiátrica, tratamento este em base comunitária, em regime aberto. Ou seja, os CAPS, cujo modelo de tratamento é o oposto do modelo de tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos.

No início de 1986, conforme aponta (BRASIL, 2004), ocorre o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha

Cerqueira, na cidade de São Paulo, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A origem desse CAPS e de outros se deu a um grande movimento social, constituído por trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam as condições precárias dos manicômios, que era a única saída aos usuários em sofrimento mental daquela época.

Nesse contexto, a criação do CAPS representa um novo modelo de atenção à saúde mental. O CAPS é responsável por atendimentos de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo efeitos nocivos do uso do crack, álcool e outras drogas. Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial conta com uma equipe multiprofissional, oferecendo tratamento clínico e de reabilitação psicossocial. Para atender a condições específicas, foram criados cinco tipos de CAPS que são divididos territorialmente, sendo, respectivamente: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPSi.

CAPS I, é um Serviço de atendimento que atende pacientes que apresentam transtornos mentais persistentes, e outras situações que interferem nas relações sociais e familiares, de acordo com o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004, p.19), é indicado para municípios ou regiões de saúde com população entre vinte mil a setenta mil habitantes.

CAPS II, atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e conforme o Ministério da Saúde em . (BRASIL,2004, p.19) é indicado para municípios com população entre setenta mil a duzentos mil habitantes.

O CAPS III por sua vez, atende a população adulta, que apresenta intenso sofrimento psíquico decorrente de transtorno mentais graves e persistentes, com atendimento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões de saúde, conforme o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004, p.19) com população acima de duzentos mil habitantes.

Já o CAPSad - Álcool e Drogas, presta atendimento a usuários que apresentam sofrimento relacionado ao uso de álcool, crack e outros pertinentes, garantindo também, o acolhimento e acompanhamento aos familiares dos usuários. Indicado para municípios ou regiões, conforme o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004, p.19), com a população acima de cem mil habitantes.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, atendem crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais persistentes, incluindo o uso de álcool e drogas, sendo indicado para municípios ou regiões, conforme Ministério da Saúde em (BRASIL, 2015, p.20), com população acima de duzentos mil habitantes.

De acordo com o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2005):

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais 35 para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 31).

Nesse sentido, como aponta o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004), os CAPS têm por finalidade atender o seu território de abrangência, realizando o acompanhamento clínico, e estimulando a integração social e familiar dos usuários através do acesso ao trabalho, e o fortalecimento de vínculos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram criados como um dos equipamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a criação desses espaços, possibilitou a substituição dos hospitais psiquiátricos em todo o país.

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004, p.13)

Diante dessa perspectiva, conforme aponta o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004), os CAPS são expandidos para todo o território brasileiro, e, constituem-se como instrumento importante na diminuição da quantidade de internações e a mudança do modelo assistencial. Os CAPS foram criados

oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, e eram caracterizados como unidades que contam com uma grande população, definida por nível local, e que ofereciam atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

Os principais objetivos dos CAPS são: realizar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social e organizar a rede de atenção à saúde mental nos municípios.

Os CAPS, conforme menciona o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004), são serviços de saúde, abertos, comunitários, e que realizam diariamente atendimentos às pessoas com transtornos mentais, visando acompanhamento e a reinserção social dos usuários a sociedade, possibilitando a ingressão ao trabalho, entre outras atividades. O CAPS trabalha com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, educador social, entre outros. Que prestam atividades, oficinas, atendimentos em grupos e individuais, tendo como foco principal no tratamento a família, e o livre acesso nos serviços sempre que preciso.

Em conjunto com a equipe multidisciplinar, segundo o Ministério da Saúde (2004), é desenvolvido por meio de atividades terapêuticas: sessões individuais, ou em grupos, oficinas, acompanhamento com médico psiquiatra, visitas domiciliares, atividades comunitárias e inclusão das famílias no tratamento. Todo esse trabalho é desenvolvido através de uma equipe acolhedora, sendo peça fundamental no tratamento da pessoa em sofrimento mental.

Conforme o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2004), para ser atendido em um CAPS, é necessário que a pessoa ou responsável procure diretamente o CAPS mais próximo da sua região, ou qualquer outro serviço de saúde da sua localidade. O primeiro contato da equipe com o usuário é feito através do acolhimento, onde implica na escuta do usuário, buscando assim compreender a situação, de forma mais abrangente possível, iniciando um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham.

De acordo com o Ministério da Saúde em (Brasil, 2004), a definição do projeto terapêutico individual do usuário, O CAPS oferece três tipos de atendimento sendo eles: **atendimento intensivo**<sup>3</sup>, que se trata de um acompanhamento diário,

---

<sup>3</sup> Grifo nosso

oferecido em casos que paciente se encontra com um quadro grave de sofrimento mental; **atendimento semi-intensivo**, destinado ao paciente quando o seu sofrimento e a desestruturação psíquica encontram-se estável, porém ainda o usuário necessita de um acompanhamento oferecido da equipe multidisciplinar; **atendimento não intensivo**, oferecido em casos que a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias no mês.

Para o Ministério da Saúde, em (BRASIL, 2004, p.18):

O CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente a sua vida.

Percebe-se a importância da criação do CAPS para melhoria do atendimento em saúde mental, que visa a recuperação da saúde mental do paciente, através de um tratamento digno, realizando acompanhamento diário, e o fortalecimento de vínculos, buscando dessa forma a construção da cidadania e autonomia dos usuários. Nesse sentido, os assistentes sociais inseridos nos CAPS, atuam na defesa e garantia dos direitos da pessoa em sofrimento mental, juntamente com a equipe multidisciplinar realizam o acolhimento, orientações, encaminhamentos e a intermediação entre os usuários e suas famílias.

Nesse campo, os assistentes sociais realizam atendimentos individuais ao paciente e a família, também realizam esclarecimentos, visitas domiciliares, além de serem articulados com outras redes.

Em tempo, faz-se necessário trazer o tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos, pois é oposto ao modelo de tratamento dentro dos CAPS, ao contrário dos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos atualmente prezam por um tratamento digno e eficaz, especialmente para casos de internações.

## 2.4 TRATAMENTO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Ainda nos dias de hoje, se tem uma construção social acerca do funcionamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que, as pessoas relacionam o tratamento, com medidas de repressão ou da destituição dos direitos humanos, o que de fato ocorreu nos antigos manicômios como vimos nas seções anteriores.

Segundo KNOPP (2012), antigamente os pacientes se encontravam em manicômios, isolados, sem nenhum contato familiar, sofrendo punições, agressões, sem qualquer possibilidade de recuperação e estabilização.

O funcionamento das instituições psiquiátricas teve um grande avanço nos últimos tempos, e atualmente, conta com várias instituições que são referências por todo o país e que buscam a melhoria na qualidade de vida dos pacientes em sofrimento mental.

Neste contexto, as internações psiquiátricas passam a ser realizadas em curto prazo visando a reinserção social e desinstitucionalização de indivíduo permaneciam internados durante um longo período, criando novos dispositivos de ruptura radical ao modelo asilar, possibilitando que pessoas em sofrimento psíquico deixassem de serem tratadas como "loucas", "doentes mentais" para serem reconhecidas como cidadãs com a participação efetiva no seu processo de cuidado. Assim, "desde 2001 considera-se uma expansão dos serviços psicossociais e o cuidado em liberdade passou a espalhar por todo o país" (CAPUCO et al., 2020, p.94 HEIDRICH, 2017, p. 75).

A Instituição psiquiátrica recebe pacientes em surto diariamente, levando ao internamento. O hospital conta com uma equipe de profissionais qualificados, composto por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, educador social, entre outros. O paciente em surto, após o diagnóstico do médico psiquiatra, é internado para realizar o tratamento e receber um acompanhamento da equipe multiprofissional, e, nesse período de internação, o paciente recebe acompanhamento diário dos médicos, enfermeiros, psicólogos, além de atividades e terapias voltadas à recuperação do mesmo.

Dentro da instituição, existem três tipos de internação frequente: a internação voluntária, quando o paciente aceita fazer o tratamento, e entende a importância do internamento naquele momento, a involuntária que geralmente é feita por um responsável da família, que procura a instituição, para buscar ajuda ao paciente que representa perigo para si ou para outros, nesse caso ocorre sem o consentimento do paciente. E por fim, a internação compulsória que acontece sem a vontade do paciente, mas, é estabelecida por órgãos do poder judiciário. As internações duram em média 30 dias, porém, em casos mais graves, o paciente pode permanecer por mais tempo, sendo acompanhado pela equipe individualmente.

Dentre as atividades realizadas pelos pacientes dentro das alas, temos o artesanato, pinturas, desenhos, espaços com livros que estimulam a leitura e jogos.

Nos espaços externos os pacientes participam de atividades físicas juntamente com o educador social, também há uma capela onde os pacientes têm livre acesso para expressar sua fé.

Isto posto, a atuação do Assistente Social no internamento psiquiátrico, tema deste estudo é de extrema importância, pois, como membro da equipe multidisciplinar o profissional tem um olhar crítico para além das atividades terapêuticas. O profissional do Serviço Social, visa garantir o acesso aos direitos sociais, civis e humanos para os usuários.

Vale ressaltar que a instituição psiquiátrica recebe pacientes usuários do SUS, encaminhados do Pronto Socorro, CAPS, CREAS, entre outras unidades, e, o Assistente Social é um importante elo da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), pois o mesmo, é responsável por fazer a ponte entre o paciente e os diversos serviços.

Como mencionado acima, os usuários que dão entrada na emergência são atendidos por uma equipe interdisciplinar e encaminhados para o internamento. O Serviço Social atua desde o internamento do paciente até sua alta hospitalar representando uma ponte entre o hospital, a família e os usuários. O trabalho do assistente social tem início no acolhimento com o paciente, onde é feita uma avaliação em forma de entrevista, para buscar conhecer e entender por qual motivo se deu a internação.

Entende-se o processo de acolhimento como um instrumental técnico-operativo do serviço social:

[...] o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais e congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. (CHUPEL, 2010, p.55).

Sendo realizado em todos os atendimentos pelo assistente social, é no acolhimento, em que se cria um vínculo entre o profissional e o paciente que, compartilham suas histórias e experiências de vida.

Quanto ao perfil dos usuários que são atendidos na instituição, a grande maioria são negros, pobres e de classes baixas, em situação de sofrimento mental, podendo ser gerado por fatores sociais, econômicos e culturais. De acordo com os dados do IPEA (2011):

No que diz respeito especificamente aos atendimentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a população negra representa 67%, e a branca, 47,2% do público total atendido. Da mesma forma, a maior parte

dos atendimentos se concentra em usuários/as com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes (IPEA, 2011, p.22).

Chegam até o serviço social várias demandas, uma delas é a realização de orientações a respeito de benefícios e programas que venham contemplar os direitos sociais da pessoa em sofrimento mental, como por exemplo, acesso a documentos pessoais que por algum motivo foram extraviados, entre outros serviços.

Ainda em relação ao perfil dos usuários, entre as principais doenças apresentadas pelos pacientes internos observadas nos prontuários são: esquizofrenias, transtorno bipolar do humor, dependência de álcool e outras Substâncias Psicoativas (SPA), depressão, ansiedade. O tratamento é específico e direcionado para cada caso de acordo com o perfil clínico, sendo permitida a alta para quando o paciente tiver condições de dar continuidade ao tratamento em casa, ou, sendo acompanhado pelo CAPS e CREAS da sua localidade.

O que muito se percebe durante as observações durante o estágio e anotadas no diário de campo, é que vários pacientes que dão a entrada na instituição, não tiveram acesso às medicações ou orientações que pudessem ter contido o agravamento da doença, e hoje, apresentam dificuldades para se autogerir.

Em relação às visitas dos que possuem laços familiares preservados, essas, são mediadas pela assistente social juntamente com a equipe, realizadas semanalmente com duração de 2 horas e são agendadas com aviso prévio, em conjunto com a psicóloga são repassadas orientações e o acompanhamento diário do usuário.

Para tanto, os usuários, sem familiares ou com vínculos familiares rompidos, são encaminhados pelo poder público para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de acordo com o artigo 5 da Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001):

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.



Um aspecto importante de se frisar vindo de algumas observações durante o estágio, é a dificuldade de locomoção das famílias para estar presente nas visitas e acompanhar o paciente no tratamento, visto que, a maioria dos pacientes são de outras cidades, e em situação de vulnerabilidade social e econômica, e possuem dificuldades para acessar o transporte e poder realizar as visitas.

Outras situações recorrentes, são pacientes que em muitos casos, estão com seus vínculos familiares fragilizados ou rompidos, devido a dependência química. A grande maioria desses pacientes residem em outras cidades vizinhas: Curitiba, Araucária, Castro, Reserva, Pinheirinho entre outras cidades.

Outro ponto importante observado durante o estágio, e que necessita ser abordado, é que o profissional não possui um espaço próprio dentro da instituição para executar suas atividades. O espaço é compartilhado com outros profissionais da equipe, carecendo de equipamentos, recursos e infraestrutura para desempenhar um trabalho de qualidade e de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão e do Código de Ética Profissional, essa falta de sala adequada e instrumentos acabam dificultando e prejudicando a sua atuação.

## 2.5 INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS

Em relação aos instrumentais técnico-operativos, os métodos mais utilizados no campo pelo serviço social são: as atas das reuniões, relatórios, prontuários, diários de campo, e parecer social, observação, entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos. Sobre as formas de registro, por meio delas, são registradas todas as ações realizadas, são detalhadas as informações, e também são feitos levantamentos, além de anotações importantes feitas em contato com o paciente. Souza (2008, p.131) referencia os instrumentais como objetos de intervenção do assistente social, usados para transformar a realidade do paciente, sendo de extrema importância para a concretização e execução do seu trabalho.

Conforme GUERRA (2002, p.2):

[...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível social: no nível do cotidiano.

Entre os instrumentais técnico-operativos utilizados pelo assistente social em sua rotina de trabalho, é possível destacar os principais métodos utilizados como por exemplo a “observação”, que é utilizada como instrumento do assistente social, com um olhar focado para a realidade, de forma técnica e profissional. Através da observação podemos identificar fatores, comportamentos, relações sociais e interpessoais, entre outros elementos.

Outro método muito utilizado é o “relatório”, pois, no campo, o profissional através do relatório, descreve fatos, situações ocorridas, atividades exercidas, encaminhamentos e acompanhamentos dos usuários. Ressalta-se também, a “reunião de equipe”, que, por sua vez, é um espaço onde o profissional leva pautas importantes do cotidiano por meio dos relatórios obtidos, leva informações importantes e encaminhamentos gerados a partir do contato com o paciente, sendo também, um espaço de reflexões entre outros profissionais.

Destaca-se ainda, a “entrevista”, utilizada pelo assistente social, e, que contribui na relação entre o profissional e paciente, é um espaço, onde o paciente, se sentindo seguro e confortável, torna possível a intervenção do assistente social fazendo com que o trabalho do assistente social se torne ainda mais eficaz no atendimento realizado ao paciente.

Conclui-se, portanto, que além do instrumental técnico-operativo, as três dimensões do Serviço Social: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são fundamentais para se compreender e mudar a realidade em que o paciente está inserido, pois, o Assistente Social, necessita das três dimensões para poder realizar uma leitura crítica da realidade, realizar diagnósticos sociais e intervir na realidade dos usuários sempre respaldados pelo arcabouço sociojurídico da profissão, e ancorado no projeto ético-político da profissão. Desse modo, considera-se de muita importância as três dimensões e cada um dos instrumentos utilizados na atuação do assistente social, como sendo fundamental na garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental. De acordo com o exposto, o diário de campo e a observação tornam-se uma ferramenta importante dentro da atuação e formação do assistente social, possibilitando reflexões cotidianas e contribuindo para a execução das ações articuladas com o Código de Ética Profissional.

De acordo com o Código de Ética do Serviço Social, o compromisso ético-político do Assistente Social deve ser com a “ampliação e consolidação da

cidadania”, “com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993). Esse Código de Ética apresenta como um dos princípios fundamentais no exercício profissional do assistente social o “posicionamento a 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” (CFESS, 2012, p. 23).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa pesquisa buscou apresentar a atuação do assistente social na internação psiquiátrica, onde, a instituição em que foi realizada a pesquisa, serve como referência e porta de entrada para pacientes em situações de surto, levando em casos mais graves, ao internamento. Sabe-se que a promulgação da lei nº 10.216, em 2001 trouxe conquistas e avanços na garantia de direitos da pessoa em sofrimento mental, mas, que ainda é preciso ir além na construção de políticas públicas, estratégias e propostas para que os usuários sejam contemplados de uma forma mais justa e igualitária.

Ainda nos dias de hoje, presenciamos situações em que as pessoas em sofrimento mental são rejeitadas, excluídas e esquecidas não somente da sociedade, mas, por familiares, sendo ainda consideradas como pessoas que apresentam perigo e que são incapazes de viver em sociedade. Em virtude disso, se faz importante mencionar o trabalho do CAPS que são substitutivos ao internamento e que se consolidam no trabalho diário, promovendo a reinserção do usuário à sociedade.

Através da pesquisa realizada e, das observações feitas durante o acompanhamento do trabalho do assistente social, ressalta-se o trabalho indispensável do serviço social no campo, que atua de forma Interventiva e mediadora, atuando no fortalecimento de vínculos durante o tratamento, articulação com outras redes de serviço, orientações, encaminhamentos reuniões, palestras, entre outros.

Diante das experiências que vivenciei ao longo dessa pesquisa, me deparei com desafios em que o profissional se depara no campo de trabalho, elencamos a falta de recursos, estrutura inadequada, instrumentos de trabalhos precários, falta de políticas públicas voltada aos usuários da saúde mental, além da presença dos

familiares durante o tratamento. desafios esses que causam incerteza nos profissionais diante das demandas que chegam dia a dia.

Porém,ressaltamos que o serviço social precisa estar comprometido e atribuir seu papel de atuação, teórico metodológico, ético-político e teórico-operativo no campo da Saúde Mental.

Essa pesquisa me proporcionou um conhecimento abrangente sobre a atuação do assistente social com os usuários em sofrimento mental, além de todo aprendizado e crescimento nessa fase, fechando um ciclo na minha formação acadêmica.

## **REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ARBEX. Daniela. **Holocausto Brasileiro.** São Paulo: Geração, 2013.Disponível em [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto\\_brasileiro\\_vida,\\_genoc%C3%ADdio\\_e\\_60\\_mil\\_mortes\\_no\\_maior\\_hosp%C3%ADcio\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf). Acesso em Abril de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, 2010.

FREYZE-PEREIRA, João A. **O que é Loucura?** Coleção Primeiros Passos. 3ª edição, 1984. Editora Brasiliense S.A. São Paulo - Brasil.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ed. São Paulo.

LISBÔA, A. F. M . **Serviço Social e saúde mental: limites e possibilidades da atuação do assistente social no CAPS III leste- Natal/RN.2016.** Natal: Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), 2016.

MOTA, M. de L.; RODRIGUES, C. M. B. Serviço Social e Saúde Mental: Um estudo sobre a prática profissional. **SER Social**, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO, 1993

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. Bol. da Saúde, v.16, n.1,2002.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150.

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

Lei nº 10.216, 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. **Lei Paulo Delgado**. Brasil, 2001.

KNOPP, A. M. **Saúde mental, reforma psiquiátrica e os CAPS – Centros de atenção psicossocial: a atuação do serviço social**. Florianópolis: Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), 2012

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** [et al.]. 4ª ed. Brasília: DF, 2011.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: DF, 2005.

TERNES, S. M. S. **Internação Compulsória: Aspectos Legais em Saúde Mental**. Florianópolis: Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem (obtenção do título de Especialista), 2014.

TRABUCO, Karem Emanuely de Oliveira; SANTOS, Diajane da Silva. **Da reforma sanitária a reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos**.

OLIVEIRA, R.; SAMPAIO, S.S. **O código de ética e a atuação profissional: Uma reflexão a partir dos espaços socio-ocupacionais**. Florianópolis: SC, 2019.