



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



LETÍCIA MARIA PINATTI

REFLEXÕES SOBRE OS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL
EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL.

RIBEIRÃO PRETO

2019



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



LETÍCIA MARIA PINATTI

REFLEXÕES SOBRE OS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL
EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL.

Projeto de Pesquisa apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento.

Área: Serviço Social em Psiquiatria

Orientadora e Supervisora Titular:
Fabiana Sisdelli Brunini

RIBEIRÃO PRETO

2019

PINATTI, Letícia Maria. REFLEXÕES SOBRE OS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL/Letícia Maria Pinatti –

Ribeirão Preto, SP: [s.n], 2019. Orientadora: Fabiana Sisdelli Brunini

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP

1. SERVIÇO SOCIAL; 2. SAÚDE MENTAL; 3. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL.

PINATTI, LETÍCIA MARIA

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____

SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2019

**REFLEXÕES SOBRE OS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL
EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL**

ALUNA: LETÍCIA MARIA PINATTI

ORIENTADORA: FABIANA SISDELLI BRUNINI

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as famílias, pacientes e profissionais que estiveram presente nesse tempo de aprendizado no Programa de Aprimoramento Profissional. Levo em mim cada pedaço de vocês, comecei de um jeito e estou saindo de outro porque vocês fizeram parte dessa transformação pessoal e profissional. Obrigada

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter proporcionado essa oportunidade de aprendizado neste ano. Agradeço por ter me dado forças e me acompanhado em todos os momentos de angustias, desânimos, vontade de desistir.

A minha Família por ter acreditado em mim em todos os momentos que estive desanimada, achando que não era capaz de passar por todas as dificuldades. Por todos vocês me darem suporte e acompanhado toda essa trajetória

Ao meu namorado Israel por acreditar tanto quando em mim quando não era capaz. Por ter me apoiado na decisão de ficar mais um ano longe, mas que a distância nos fortaleceu muito mais. Por ter sido paciente, atencioso, me acolheu em todos os momentos de angustias e vitórias.

À supervisora e orientadora Fabiana, por estar presente na minha trajetória profissional desde o estágio e agora no aprimorando. Por ter me passado tudo o que conhece, me ensinado a ser uma pessoa melhor e uma profissional capaz de ser mais confiante que será levado para a minha vida toda. Agradeço pela escuta e os conselhos durante esse período, muito obrigada.

À supervisora Josiane, por ser capaz de me acolher no momento mais difícil do aprimoramento, por ter mostrado com sua meiguice de que é possível fazer a diferença. Obrigada por ter me ajudado em minhas angústias de emprego e por me dar confiança.

À minha companheira de Aprimoramento Amanda, pela possibilidade de troca de experiência, de vencer as barreiras das diferenças e angustias do aprimoramento e pessoais, por ter sido amiga e companheira nesse período.

A todos os pacientes e familiares que passaram nessa trajetória de vida, levo em minha vida pessoal e profissional todas as experiências que aprendi com vocês. Obrigada por ter possibilitado conhecer a história de vocês, o sofrimento e possibilitado de tentar fazer a diferença. Sou muito agradecida por ter conhecido cada um de vocês

Aos profissionais da Enfermaria de Psiquiatria e Hospital-Dia por ter me acolhido, me dado a possibilidade de conhecer o trabalho que fazem com amor diariamente e os desafios que a saúde mental sofre para fazer a diferença no tratamento.

**Mudam-se os Tempos,
Mudam-se as Vontades**

Mudam-se os tempos, mudam-se as
vontades,

Muda-se o ser, muda-se a confiança:
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.

Continuamente vemos novidades,
Diferentes em tudo da esperança:
Do mal ficam as mágoas na lembrança,
E do bem (se algum houve) as saudades.

O tempo cobre o chão de verde manto,
Que já coberto foi de neve fria,
E em mim converte em choro o doce canto.

E afora este mudar-se cada dia,
Outra mudança faz de mor espanto,
Que não se muda já como soía.

Luís Vaz de Camões, in "Sonetos"

PINATTI, Letícia Maria. **REFLEXÕES SOBRE OS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL**. 2019. f. 42 Monografia (Aprimoramento de Serviço Social em Psiquiatria) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto/SP, 2019.

RESUMO

O presente trabalho é baseado em estudo bibliográfico das reflexões sobre os instrumentais utilizados pelo Serviço Social em uma enfermaria psiquiátrica no hospital geral com o objetivo de conhecer e refletir a prática profissional no ambiente de enfermaria psiquiátrica. Para isso, foi realizada pesquisa bibliográfica e observação durante o período de estágio na enfermaria situando o surgimento da profissão, a correlação do Serviço Social e a Saúde Mental, a atuação profissional nesse âmbito, os instrumentais e os recursos da rede que o profissional trabalha para a efetivação.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; Atuação do Serviço Social em Enfermarias Psiquiátricas no Hospital Geral.

PINATTI, Letícia Maria. **REFLECTIONS ON THE INSTRUMENTAL THOSE USED BY THE SOCIAL SERVICE IN A PSYCHIATRIC NURSE IN THE GENERAL HOSPITAL.** 2019. f. 42 Monograph (Improvement of Social Work in Psychiatry) – Clinical Hospital of the Medical School of Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto / SP, 2019.

ABSTRACT

The present work is based on a bibliographical study about reflections of the instruments used by the Social Work in a psychiatric institution in the general hospital. This aims to know and reflect a professional practice in the psychiatric nursing environment. For this purpose, a bibliographical research and observation during the period of internship in the infirmary was carried out, turning the profession emergence known, the correlation of Social Work and Mental Health, the professional performance in this area, the instruments and the resources of the network that the professional works for the accomplishment.

Key words: Social Work; Mental health; Performance of the Social Work in Psychiatric Nursing in the General Hospital.

TABELA DE SIGLAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

MPS – Ministério da Previdência Social

PAIF- Proteção e Atendimento Integral à Família

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PSB – Proteção Social Básica

PSE - Proteção Social Especial

PSF – Programa Saúde da Família

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2- SERVIÇO SOCIAL	14
2.1 – Serviço Social e Saúde Mental	16
3- ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL	20
3.2- Instrumentais do Serviço Social.....	21
3.2.1 – Observação Social	22
3.2.2– Entrevista Socioeconômica	23
3.2.3 - Visita Domiciliar	25
3.3- Indicadores dos Direitos Sociais no uso de Instrumentais	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1- INTRODUÇÃO

O trabalho a ser apresentado parte dos questionamentos pessoal surgido durante o Programa de Aprimoramento Profissional de Serviço Social em Saúde Mental FMRP - USP nos primeiros seis meses na enfermaria A em que foi observado os pacientes, discutido os casos nas supervisões, carga teórica com textos específicos do serviço social e a prática profissional.

A pesquisa tem por objetivo conhecer e refletir de uma maneira crítica sobre os instrumentais que o Serviço Social utiliza especificamente na enfermaria psiquiátrica do Hospital Geral. O método utilizado é teórico metodológico crítico com bibliografias e artigos, livros desde o surgimento da profissão, como foi inserido na saúde e posterior na saúde mental. O conhecimento do hospital geral, como configura a enfermaria, atuação do serviço social e os profissionais que trabalham neste ambiente, os instrumentais e os direitos sociais trabalhados com a família.

O primeiro capítulo irá contextualizar brevemente sobre o contexto histórico da profissão que surge com a influência católica e foi se reconstruindo ao longo do tempo. O movimento de Reconceituação ocorreu no mesmo período da Reforma Psiquiátrica, os dois movimentos são importantes no âmbito da profissão e da saúde mental brasileira. O capítulo também abrange como foi inserido na saúde e seus desafios para se configurar como o serviço social se insere nesse contexto. E, por fim, um breve histórico sobre a saúde mental e suas lutas para efetivação de uma saúde mais humanizada direcionada às pessoas com transtorno mental, de como a profissão se introduz neste contexto.

O segundo e último capítulo perpassa desde a composição da enfermaria nos moldes da Reforma Psiquiátrica, juntamente com a composição de equipe interdisciplinar. Posteriormente será abordado à atuação do Serviço Social na Enfermaria Psiquiátrica e os instrumentais que o profissional utiliza como a observação social, entrevista socioeconômica, visita domiciliar. E os indicadores dos direitos sociais utilizando como base a Lei Orgânica de Assistência Social pensando na mobilização da rede de CRAS e CREAS. O Programa Saúde da Família é um contato importantíssimo que o Serviço Social na enfermaria utiliza como recurso

para fortalecer a família em suas demandas primárias. Finalizando, abordagem com a família durante a internação, grupo de família e reunião nuclear.

2- SERVIÇO SOCIAL

Inicialmente o Serviço Social era caracterizada pela caridade da igreja católica com a finalidade de ajudar as pessoas que tinham necessidade, por isso a igreja tinha grande influência na profissão. Posteriormente, a teoria da perspectiva histórica-crítica defende que a profissão foi criada a partir da demanda do trabalho coletivo dos trabalhadores nas indústrias. Nesse sentido, Netto (1992) assinala que a origem do Serviço Social se dá na inter-relação dos processos econômicos, sociopolíticos e culturais da ordem burguesa no capitalismo monopolista.

O Serviço Social surgiu por meio das insatisfações trabalhistas e foi possuindo maior espaço no mundo capitalista. A profissão veio para combater as mazelas do monopólio presentes do capitalismo nas expressões da questão social que os trabalhadores enfrentavam.

No Brasil, a profissão surge na década de 1930 vinculada com a igreja católica e pela burguesia remetidos pelo um projeto conservador, instigado pela visão política e ação social da burguesia com o intuito de preservar o poder hegemônico e o controle social das lutas sociais.

Netto (1997) aborda o surgimento do Serviço Social nesse contexto sócio histórico precário de direitos, como a profissão é construída para ajudar a minimizar tais condições.

O trabalho do assistente social atua nas particularidades, na prestação de serviços sócio assistenciais e intervenção profissional voltada para a melhoria nas condições de vida da população. Por isso, a profissão propõe alternativas de ação com criatividade, senso crítico e domínio da comunicação, contribuindo para que a população tenha acesso aos serviços básicos e direitos sociais com busca constante para a construção da cidadania.

[...] o assistente social insere-se no processo de trabalho da saúde atuando na construção de estratégias que busquem criar experiências e aproximar as ações desenvolvidas no SUS com as demais políticas sociais. O desenvolvimento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania. Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer

parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença (SARRETA, 2011, p. 50).

Iamamoto (1982) e diversos autores como Martinelli caracteriza a gênese da profissão com o agravamento da questão social, por ser nessas problemáticas de desigualdades causadas pelo capitalismo, que consiste em o trabalho da profissão. Por isso, a autora afirma que o Serviço Social tem nela a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho.

Conforme a ordem monopólica vai invadindo o universo dos indivíduos e da sociedade como um todo, surgem propostas para redefinições de características pessoais e como estratégias e terapias de ajustamento, partindo desse processo, o Serviço Social vai emergindo, e para atender as demandas daquela conjuntura, tinha uma atividade bastante funcionalista de adaptar o indivíduo ao meio.

Na saúde, o trabalho profissional foi desenvolvido com caráter individual, preventivo e curativo, em grupos era desenvolvido de forma diferente em que tinham o princípio de educativo-preventivo, além de o profissional contribuir nas equipes interprofissionais apresentando dados psicossociais importantes para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente (BRAVO, 1996, p.90).

Inicia-se a inserção dos assistentes sociais na saúde em que os mesmos trabalhavam em um contexto de espaço sócio ocupacional sem aprofundamento teórico e reflexões do Movimento de Reconceituação recentemente ocorrido no Brasil, do processo de reelaboração do setor da saúde e a Reforma Psiquiátrica, conseqüentemente, continuavam na execução terminal das políticas sociais através de sua ação nas instituições (MORAIS, 2001, p.37).

Atualmente, o assistente social na saúde tem suas atribuições a organização, elaboração, coordenação e/ou execução de programas e projetos e serviços, podendo desenvolver suas ações com equipes interdisciplinares ou individual, através de plantões, atendimentos individuais, visitas domiciliares e trabalho em grupos.

Graciano (2013) afirma que o Estado por sua vez atua sistematicamente sobre as sequelas da exploração do trabalho, expressa nas condições de vida do conjunto dos trabalhadores e também a intervir diretamente nas relações entre empresariado

e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista, mas mantendo a organização e prestações dos serviços sociais como um novo tipo de enfrentamento da questão social com políticas públicas.

2.1 – Serviço Social e Saúde Mental

Assim como na saúde, a inserção do assistente social na saúde mental teve relevante importância para atuar nas demandas de movimentos de reforma sanitária e psiquiátricas a fim de, segundo Bisneto (2007), “apaziguar” das “questões sociais” na área manicomial e introduzidos nas equipes multiprofissionais sem saber muito bem a sua função. O profissional trabalhava “[...] mais como auxiliar do psiquiatra nos problemas sociais do que especificamente como assistente social [...]” (BISNETO, 2007, p.53).

A demanda manifesta de Serviço Social não foi por parte dos empregadores, nem dos usuários. Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definas [...] (SOUZA, 1986, p. 117-118).

Segundo Bisneto (2007, p. 25) o profissional de Serviço Social surgiu para propiciar o sistema manicomial em seu ponto mais problemático o qual o Estado ditatorial demandou como executor de políticas sociais para atender os necessitados dessa área.

No início da prática profissional do assistente social na Saúde mental ocorreu através dos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) no ano de 1946 influenciado pelo modelo dos higienistas naquele contexto (VASCONCELOS, 2010, p.184). Os indicadores teóricos nessa época Vasconcelos (2010) afirma:

[...] 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, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral [...] (VASCONCELOS, 2010, p.185).

Vasconcelos (2010) aborda que a atuação profissional nessa época era muito de intermediar a relação entre usuário, família, instituição e com o ambiente externo com demandas pontuais dos usuários e famílias e dos médicos.

Em 1950 surgiu a primeira Enfermaria psiquiátrica, na década de 1960 durante o período do regime civil-militar ocorreu um aumento no número de hospícios e clínicas psiquiátricas particulares no país mesmo com os militares promovendo reformas na política de saúde e previdenciário, buscando a administração centralizada e os atendimentos médicos privados.

Em 1970, surge a participação de assistentes sociais nas equipes multidisciplinares na saúde vinculada ao INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- por conta do aumento do número de clínicas e hospitais psiquiátricos. Na mesma época o Serviço Social passava por mudanças com o Movimento de Reconceituação com as críticas ao psicologismo e a psiquiatrização dos problemas sociais. Nesse contexto, os assistentes sociais na saúde mental desenvolviam uma prática reducionista.

O Serviço Social em Saúde Mental está inserido nesta trama cheia de armadilhas que é o neoliberalismo simultâneo ao Movimento de Reformas Psiquiátrico, e só com muita análise é possível delinear uma prática emancipadora para os assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 44).

Nessa época ainda existia profissionais, tanto médicos quanto de outras áreas, em uma visão social progressista em lutas sociais, atuando na formulação das políticas públicas no Estado, intensificando a concepção do atendimento mais humanizado, realizado por equipes multiprofissionais que iniciaram a construir nos serviços.

As intervenções práticas do Serviço Social enfrentaram dificuldades em articular novas teorias em discussão na profissão, pensando que “[...] o próprio marxismo absorvido pela Reconceituação tinha dificuldades de abordar as questões de subjetividade na atenção ao sujeito singular” (BISNETO, 2007, p.28).

Na mesma década de 1970 surge o intenso movimento da Reforma Psiquiátrica em que criticava ao modelo assistencial dos hospitais manicomiais. Essa luta vem do movimento dos profissionais da saúde, associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Com grande influência italiana de Franco Basaglia com ideais de reformular a loucura e o cuidado com os pacientes questionando as práticas tradicionais.

O processo de desinstitucionalização é uma nova abordagem dos transtornos mentais distinta ao antigo modelo de institucionalização nos manicômios. A pessoa doente não mais se resume à doença ou objeto de tratamento, se vê numa condição de coparticipante para a solução da situação-problema em que sai da figura de objeto e passa a ser um sujeito.

O movimento de desinstitucionalização tem como proposta a construção de uma nova realidade para pessoas portadoras de transtornos mentais, um esforço para transformar o seu modo de viver, de sentir e de trabalhar o próprio transtorno e de adaptar suas limitações ao convívio social.

Conforme o art 5º da Lei 10.216/2001 diz que:

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 autoria sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, Lei 10.216/2001).

No Brasil, esse grande marco configura a história da psiquiatria em que

[...] o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas é maior que o conjunto de mudanças políticas

governamentais e nos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e formas de diferentes origens (MELLO, 2007).

O modelo hospitalocêntrico tem uma queda após a introdução de novas metodologias de cuidado e assistência. A participação da sociedade nos movimentos proporcionou reflexão crítica, onde espaços são criados e substituídos, criando as comunidades terapêuticas, os CAPS, internação breve, reestruturação de hospitais psiquiátricos e redução de leitos, as comunidades foram territorializada com a finalidade de inclusão social.

Esse modelo psiquiátrico desperta outra demanda a ser atendida, os hospitais gerais com leitos psiquiátricos para pacientes agudos e acompanhamento nos serviços da comunidade, CAPS, ASM, NAPS, onde possam realizar tratamento inseridos em ambiente familiar e social, retomando seu convívio e sua identidade.

3- ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

A enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é de internação integral de alta complexidade em que os pacientes apresentam graves quadros psiquiátricos e que necessitam de um cuidado e observação muito maior devido as suas condições de refratariedade, hipóteses diagnósticas que precisam ser esclarecidos e quadros sintomáticos que demandam maior atenção e maior apoio de todas as áreas da saúde. Por isso, o serviço demanda dos serviços: interconsulta, emergência, semi-internação no Hospital Dia, ambulatórios e internações breves para possa ser reduzida o período de internação sem perder os vínculos familiares como ocorria antes.

A Enfermaria de Psiquiatria com internação longa para pacientes em fase aguda atende principalmente adultos e adolescentes que apresentam quadros psiquiátricos graves encaminhados pelo Sistema Único de Saúde e conseqüentemente não conseguiu remitir sintomas em outros locais.

A equipe de trabalho é composta equipe interdisciplinar por médicos e residentes, assistente social, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, aprimorando de psicologia e serviço social e estagiário de todas as áreas.

A Enfermaria A de Psiquiatria do 3º andar do HC Campus é composta por 15 leitos, sendo 14 leitos do SUS e 1 leito particular, são distribuídos em 06 enfermarias num espaço supervisionado com assistência 24 horas.

O atendimento é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar. Conta com a presença de profissionais fixos (contratados) e rotativos (residentes, aprimorandos e estagiários). O assistente social integra a equipe, que tem seu exercício profissional direcionado às intervenções no contexto social do paciente e/ou família, com a finalidade de identificar os elementos potenciais e limitantes para o tratamento de saúde, assim como, os fatores sociais que podem interferir para sua realização.

O diagnóstico e o tratamento biológico não são suficientes tendo em vista os múltiplos problemas ocorridos pelo sofrimento mental. Por isso, a importância da equipe trabalhando diariamente para a reabilitação social e laboral, desenvolver atendimentos familiares e psicoterápicos para os pacientes é imprescindível.

Por isso Botega (1995) refere-se que a internação psiquiátrica oferece aos pacientes um “ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado, que forneça segurança e tratamento para indivíduos em estado mental desorganizado e perigoso para si e para outros”. (BOTEGA, 1995).

Como já foi falado no capítulo anterior sobre a inserção do assistente social na saúde mental. O profissional se constitui da atuação interventiva com o objetivo da autonomia social de seus usuários para isso, o assistente social precisa ter conhecimento sobre a prática profissional, os instrumentais e dos recursos de direitos sociais. A atuação profissional passa por transformações históricas, sociais e econômicas da sociedade, por isso é imprescindível os valores éticos expressos no Código de Ética do Assistente Social. (MARTINELLI, 2007)

A partir da década de 1990, a atuação do Assistente Social na Saúde Mental já nos moldes do processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos o que fez com que a psiquiatria passasse por transformações na atuação e a necessidade de uma equipe multidisciplinar.

Por isso, a atuação profissional do assistente social na Enfermaria Psiquiátrica em seu ambiente complexo, com diversas demandas sobre a pessoa com transtorno mental e todo seu contexto ali presente. O profissional faz o acolhimento, entrevista socioeconômica, acompanhamento familiar durante toda a internação, mobilização da rede e outros para garantir os direitos e promoção a saúde em seu ambiente de trabalho.

A Enfermaria é composta pela Assistente Social contratada e uma Assistente Social Aprimorada através do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no período de um ano que é dividido em seis meses na enfermaria e seis meses no Hospital Dia.

3.2- Instrumentais do Serviço Social

Pensando na atuação profissional do Assistente Social e da Aprimorada ao longo do ano, possibilitou presenciar diversos instrumentais que o profissional utiliza em seu ambiente de trabalho como: observação social, entrevista socioeconômica, visita domiciliar. E os recursos dos direitos sociais em que irá ser citado a questão

dos direitos que o profissional utiliza e seus recursos da rede como o CRAS, CREAS, PSF e o trabalho com a família que é tão importante na saúde mental.

3.2.1 – Observação Social

A observação social é um instrumental que o assistente social utiliza logo no início com o usuário. A observação tem o intuito de ser uma observação crítica e “alertar ao assistente social para o sensível no relacionamento dos usuários” (CARDOSO, 2008, p. 24).

É nesse olhar que é possível ver alguns detalhes que possibilita intervenção específica para cada indivíduo e a efetivação necessária de direitos. Através da observação pode ser captado significados que Cardoso destaca que “significa destacar daquele contexto o que está fazendo sentido para as pessoas que vivem aquela realidade.” (CARDOSO, 2008, p. 28).

Observar não é simplesmente olhar, observar é destacar um conjunto, objetos, pessoas, animais, ambientes, algo especificamente (então quando você olha, você vai destacar alguma coisa específica daquilo que você está olhando) e prestar atenção nas características, a gente vai olhar cor, tamanho, relações, cheiros (TRIVIÑOS apud CARVALHO, 2008, p. 26)

Vale lembrar que a observação social deve ser feita em todos os atendimentos independentemente se é a mesma pessoa, pois cada vez que você utiliza desse recurso você ouvirá a história com um olhar diferente, pensando em novas possibilidades e não com o olhar fechado, sem possibilidades.

Percebi durante o aprimoramento por diversas vezes essa observação era necessárias para as famílias e pacientes atendidos, com esse olhar pude perceber as necessidades que eles não estavam conseguindo dizer em palavras por vergonha de suas situações e por não conseguirem expressarem da forma como gostariam.

Por isso, Triviños (1987) relata essa observação como

Observar não é simplesmente olhar; observar é destacar um conjunto, objetos, pessoas, animais, ambientes, algo especificamente (então quando você olha, você vai destacar alguma coisa específica daquilo que você está olhando) e prestar atenção nas características, a gente vai olhar cor, tamanho, relações, cheiros. (TRIVIÑOS, 1987).

3.2.2– Entrevista Socioeconômica

A trajetória do Serviço Social teve como desenvolvimento técnico os estudos socioeconômicos na fase de consolidação da profissão. “Nicholds (1969) tinha como objetivo o ajustamento dos indivíduos a seu meio, cooperando com eles a fim de beneficiá-los e também a sociedade em geral” (Miotto, p.3). Esse método de estudo socioeconômico pensava em diminuir ou resolver os problemas que os usuários traziam para os profissionais de serviço social, tal método tinha o intuito de prever quando o indivíduo fosse pedir auxílio, por isso tinha a necessidade do estudo social como a primeira etapa para seguir com o diagnóstico e tratamento.

Jannuzzi (2003, p.15) define indicador social como

Uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (JANNUZZI caput GRACIANO, 2012, p. 55-56).

Na circunstância do Serviço Social é reveladora o estudo social de caso como apontaram inúmeros estudos entre os quais se destacam as inspiradoras Yazbec (1993) e Iamamoto (1994) no sentido de uma perspectiva paradigmática da orientação positivista/funcionalista a qual procedia da concepção da desigualdade social como um fato natural da sociedade. Por isso, as relações interpessoais eram compreendidas e a resolução dos problemas sociais são resolvidas de forma imediata. Com isso, a procura de solucionar os problemas era voltada

principalmente nas questões de personalidade e adaptação das pessoas. Tendo em vista tais situações citadas as instituições vinculadas ao acesso dos auxílios materiais e serviços possuíam julgamentos morais dos profissionais sobre o modo de vida dos indivíduos, além disso, a ideia do auxílio deveria acontecer de forma temporária e depois utilizar os recursos do próprio indivíduo e de seu ambiente.

A entrevista pode ser um recurso que ultrapassa as ações instrumentais, mas também uma alternativa para a mediação no sentido de permitir fazer o movimento contrário das teorias e dinâmica da sociedade que possibilita a compreensão e singularidade do cotidiano.

Reconhecer a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade, constituída das dimensões técnico-instrumental, técnico-intelectual, ético-política e formativa, que permitem aos sujeitos – em face da sua intencionalidade – a escolha de procedimentos mais adequados à consecução das suas finalidades profissionais. (GRACIANO, 2013, p.58)

Por isso, a entrevista socioeconômica é o instrumental utilizado a fim de analisar a situação do indivíduo, desta forma poderá ser encaminhado para outro recurso, como a visita domiciliar, benefícios eventuais (cesta básica, transporte, vale gás e outros) e/ou outras instituições.

A construção do estudo social é pautada em quatro itens fundamentais: o que conhecer; por quê (quais os objetivos); para quê (com quais finalidades); como (quais instrumentais e técnicas serão utilizados na ação). Assim, não só o objetivo e a finalidade precisam ser bem definidos, mas também o instrumental para a investigação social. (GRACIANO, 2013, p. 61)

A entrevista socioeconômica utiliza de cinco indicadores fundamentais como a situação econômica da família, número de membros residentes na família, escolaridade dos membros da família e ocupação dos membros da família. Esses

indicadores servem para conhecimento mais próximo da realidade do usuário. Na enfermagem em específico ainda é utilizado o indicador de conhecimento da doença, sua trajetória de vida para saber qual rede já foi utilizada como possibilidade de intervenção.

3.2.3 - Visita Domiciliar

A visita domiciliar foi criada com a proposta de fiscalização, coerção, causando um preconceito nos usuários atendidos, esse instrumental tinha a finalidade de veracidade das informações coletadas. A visita possuía o objetivo ideológico de disseminar o padrão posto pela sociabilidade burguesa.

Esse instrumental sofreu mudança por compreender que a prática profissional tem uma nova visão no entendimento relacionado com a concepção da visita domiciliar. Conhecer a população atendida em sua totalidade com seus hábitos, culturas, valores, condições socioeconômicas para que o assistente social tenha a capacidade crítica para elaborar proposta de intervenção. Tal intervenção irá contribuir para a população usuária em situações de vulnerabilidade como violência doméstica, maus tratos contra a criança e adolescente, negligência e abandono aos idosos. O assistente social que faz visita domiciliar necessita de um olhar sem prejulgamentos para não interferir no conhecimento da realidade.

O processo de a visita domiciliar se inicia com orientações prévias com a equipe sobre o objetivo de estar utilizando deste instrumental. A sistematização e o agendamento são imprescindíveis exceto quando é uma situação emergencial. O propósito da visita deve dar continuidade ao atendimento prévio já realizado.

[...] Novamente: é fundamental que seja esclarecido aos usuários os objetivos daquela ação profissional para que não seja considerado como uma ação policiaisca, o que reatualizaria uma dimensão conservadora que permeou a visita domiciliar no início da profissão. (RAMOS. Adriana, 2013 p. 74).

A visita domiciliar é um instrumental que permite ao Assistente Social vivenciar uma realidade do usuário em seu ambiente atual. A partir dessas informações o profissional deve ter a capacidade de análise e de proposição para a construção coletiva para atendê-las de forma mais efetiva.

Nesse cenário de atuação profissional diante de limitação posta pela instituição permite um ambiente de contradição, a realização da visita domiciliar dentro dos moldes institucional e a autonomia profissional.

A visita domiciliar necessita de um método filosófico como guia para a prática. O método dialético tem a característica das relações contraditórias em busca ver a nessas relações a transformação. O método mantém aproximação da realidade com este instrumental bem como o pensamento complexo.

O método dialético singulariza-se por promover a apreensão e a compreensão crítica e reflexiva das relações, fatos e situações dos sujeitos, tendo em vista seus condicionantes socioculturais e políticos, bem como sua dinâmica correlação com os processos macroestruturais, deflagrados pelo capital, pela globalização e pelo neoliberalismo nas microesferas do cotidiano da população. (AMARO, Sarita. 2014, p. 21).

A partir da escolha da metodologia, a visita se potencializa cientificamente com capacidade de interferir nas esferas produtivas, nas relações e nas atitudes da sociedade humana. Nesse sentido, possibilita a aproximação entre as esferas na realidade social concreta e a totalidade histórica da sociedade.

A visita possui três técnicas: A observação, entrevista e método biográfico. A observação tem um potencial de promover a compreensão e a explicação da realidade por meio da sensibilidade profissional, buscando nos detalhes, fatos e relatos apresentado pelo usuário na visita. Na entrevista é realizada a comunicação e a interação entre os membros com o intuito de conhecer, compreender e verificar determinada situação obscura. Em algumas situações, a entrevista pode ser mais diretiva, vertical como uma coleta de dados além de desenvolver os processos de

reflexão e ação possibilitando a escutar a realidade buscando compreensão e a transformação.

E por último o método biográfico que tem o intuito de revelar as pessoas o sentido de suas vidas. Ou seja, o profissional tem o objetivo na visita conhecer a vida particular e então explicar suas lutas, percurso social, dificuldade e estratégias de superação. Os dados que adquirimos com a visita no contexto de vida ou condições familiares que é verificado são importantes e por isso “é preciso situar os dados em seu contexto para que adquiram sentido” (Morin, 2001, p. 36).

A finalização da visita nunca é o fim do atendimento até porque surge demandas para novos atendimentos para trabalhar situações que apareceram no ambiente domiciliar. Além disso, os dados são organizados e apresentados no relatório da visita importante instrumental que pode ser utilizado para clarificar os fatos e de fundamentar decisões em pareceres sociais.

A visita domiciliar é a principal abordagem profissional potencializa as informações históricas sobre a sociedade em seus meios rurais e urbanos com o foco na produção e reprodução da questão social. Este instrumental utiliza de um cenário da questão social, na precariedade emergente e da insegurança social, a visita é um instrumental predominantemente em torno da pobreza, precariedade dos laços sociais e familiares, da instabilidade financeira, da vulnerabilidade social que fragilizam a saúde da população.

As visitas domiciliares representam, assim, uma aproximação da sociedade, pela via institucional, com essas populações, e constituem uma mediação (com influência marcante em processos subsídios) e concessão de bens e serviços sociais. Por conta disso, as visitas revelam-se um procedimento potencialmente político, no compasso em que permitem decidir sobre os processos de exclusão e inclusão social, influenciando na criação de acesso a direitos e na promoção da cidadania. (SARITA, 2014, p. 28)

Na enfermaria A o assistente social utiliza da instrumental visita domiciliar como recurso para aproximar a equipe hospitalar com a família no intuito de conhecer a realidade familiar e limitações para a efetivação do tratamento.

Como aprimoranda na enfermagem, percebi que a equipe tinha um planejamento de tratamento medicamentoso, atividade e acompanhamento. Após utilizado o instrumental da VD, quando eram conhecidos o funcionamento e a dinâmica familiar, as dificuldades, a equipe tinha a possibilidade de realizar o planejamento de forma que poderia ser contemplado pela família.

Desta forma acredito que a visita domiciliar é importante instrumental na Enfermagem Psiquiátrica no Hospital Geral, de forma a aprimorar o planejamento terapêutico, conhecer como o paciente reage em seu ambiente familiar fora do ambiente hospitalar.

Resumindo, os propósitos de a visita domiciliar são de verificar as condições de vida das famílias; verificar condições, clima, ambientes e dinâmicas familiares a fim de verificar suspeitas de negligência; verificar narrativas nas informações colhidas com a família e suas diversas interações e; ampliar com contatos familiares.

3.3- Indicadores dos Direitos Sociais no uso de Instrumentais

Na Enfermagem o contato com diversas leis é sistemática para que atuação tenha embasamento teórico. A Constituição Federal de 1988 foi um grande marco para as políticas públicas pertencente da Seguridade Social em que está inserida a previdência social, saúde e a Assistência Social. A Assistência é regulamentada pelos art. 194, 203 e 204 e pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742 de 1993) e posteriormente alterada pelas Leis 11.258 de 2005 e 12.435 de 2011. A operacionalização dos processos, mecanismos e instrumentos da Assistência são definidos pela Política Nacional de Assistência Social –PNAS de 2004 e pela Norma Operacional Básica do SUAS –NOB/SUAS de 2005

O Sistema Único de Assistência Social envolve uma perspectiva de integralidade e complementaridade, com o intuito de superar a fragmentação e sobreposição na política de Assistência Social. Sendo assim, suas características são: a noção de território; a centralidade no atendimento à família; garantia de atenção diferenciada por níveis de proteção social (básica e especial); a gestão

compartilhada das ações entre estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia na atribuição de competências técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas; a corresponsabilidade entre os entes federados; o planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de sistemas de informações e; o controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social. Cardoso (2008, p. 109) faz sobre reflexão sobre a legislação em que “Compreender que uma legislação possa delimitar uma condição social, sem revelar vínculos sociais efetivos, responsabilidades devidas, mas não juridicamente determinadas [...].”

A LOAS regulariza o Benefício de Prestação Continuada em que a pessoa precisa possuir $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita para ter o direito ao benefício. Não só esse requisito, possuir mais de 65 anos e comprovar que nenhum membro familiar poderá sustenta-lo ou a pessoa ter alguma deficiência.

O Assistente Social não só trabalha com esse benefício, mas diversos outros que envolve a população. Os mais comuns são o auxílio-doença em que a pessoa precisa ter contribuído e estar trabalhando quando surgiu a doença. Aposentadoria por Invalidez decorrente do auxílio-doença, quando a pessoa tem o direito de se aposentar por já não conseguir mais voltar ao trabalho.

De acordo com a Lei 8.742/1993 e suas alterações tem por objetivos da Assistência Social a:

- Proteção social a qual visa a garantia, prevenção da incidência de situações de risco pessoal e social e de seus agravamentos em especial a proteção a família, maternidade, infância, adolescência e à velhice; o amparo as crianças e adolescentes; promoção da integração ao mercado de trabalho; habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção da integração à vida comunitária e; garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoal com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida pela sua família;
- A vigilância socioassistencial visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e comunidades, tal como a existência de vulnerabilidade e riscos pessoais e sociais;
- Acesso a direitos socioassistenciais.

O SUAS se materializa através da PNAS estabelecendo uma nova visão de gestão com a perspectiva na proteção social que se estrutura pela matriz padronizada de serviços socioassistenciais definidos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) no território de abrangência do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta complexidade vinculado com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS.

As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de Assistência Social vinculadas ao SUAS respeitadas as especificidades de cada ação (LEI nº 8.742/1993 e suas alterações ao Art 6º -B, por meio da Lei nº 12.431 de 6 de julho de 2011). As entidades e organizações de Assistência Social são aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por essa Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos (Art. 3º da Lei nº 8742/1993 e suas alterações).

Outro recurso utilizado é o Centro de Referência a Assistência Social em que o os objetivos são o de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social através de desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, em que sua principal estratégia é a oferta territorializada de abrangência do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social com serviços socioassistenciais proporcionando atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população dando enfoque nas ações para o atendimento de necessidades básicas, seja por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV e o Serviço de Proteção Social básica no domicílio para pessoas com deficiência e Idosas.

A Proteção Social Especial no âmbito do SUAS organiza os serviços, programas e projetos de caráter especializados para as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos por violência física e psicológica; abandono; violência sexual; tráfico de pessoas; situação de rua; trabalho infantil; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e; afastamento do convívio familiar. As demandas atendidas pelos assistentes sociais

nos serviços de Proteção Social Especial ocorrem sobre os indivíduos, relações familiares e comunitárias.

Durante meu estágio pude perceber diante dos pacientes internados que a grande parte deles já eram acompanhados pela rede de atenção básica e até mesmo na rede de atenção especial de média e alta complexidade. Quando não, precisa ser encaminhado para que a rede pudesse dar suporte básico para que durante a internação no terceiro setor pudessem ser realizados outros tipos de suporte mais intensivos.

O assistente social reconhece os instrumentais utilizados, mas também precisam ter conhecimento sobre a família e a rede como o Sistema Único de Saúde, Lei Orgânica de Assistência Social, Estatuto da Criança e Adolescente e a Política Nacional de Assistência Social entre outros.

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde baseado nos princípios básicos do SUS com o intuito de reorganizar a prática de atenção à saúde substituindo as Unidades de Saúde para que tivesse uma aproximação das famílias melhorando a qualidade de vida da população. O objetivo do PSF é a promoção, proteção e recuperação da saúde da família de forma contínua e integral prestado na unidade e a domicílio com a equipe multidisciplinar contendo médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, agentes comunitários e dentista. O Ministério da Saúde ainda relata que há possibilidades de novos profissionais serem incorporados de acordo com as demandas.

Por mais que o PSF trabalhe de forma coletiva, recíproca e horizontal nas relações de poder ainda há uma dificuldade de sair da centralidade do médico desvalorizando outras profissões. Outra dificuldade enfrentada no programa é o fato de ser desenvolvido em nível local e por isso fica vulnerável a estrutura econômica do município em que com a concepção de descentralização caracteriza “[...] pela mera transferência da responsabilidade sobre os serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais do governo” (SOARES, 2000, p. 77).

Essa questão financeira dos PSF acarreta que os municípios só podem atender aos que comprovam ser pobres causando uma discriminação ao princípio da universalidade pela população achar que só pobres pode usufruir do serviço.

Diante do contexto de focalização que “tem-se a ideia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres” (SOARES, 2000, p. 79). Apesar disso, a “focalização sem universalização discrimina, corrói a relação ao direito, passando a considerar o benefício como ato pessoal destituído de cidadania” (FALEIROS, 1999, p.161). Por isso, os profissionais do PSF têm o desafio de trabalhar práticas democráticas para desvendar a ideia de um serviço para as classes subalternas.

[...] Na medida em que trabalha na perspectiva da atenção integral à saúde, privilegiando a atenção de saúde em nível primário, pode atingir alta resolutividade, reduzindo muito o fluxo nos ambulatórios e nos hospitais. Portanto, apresenta-se “[...] lógico e racional, na linha do princípio de custo benefício, da racionalidade do sistema de saúde e da filosofia do mercado, mas, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória, de baixo custo [...]”. (TEIXEIRA, 2001, p.238). (HOFFMAN, 2007, p. 10).

O PSF funciona atualmente integrado com o SUS e financiado pelos municípios, por isso, acredita-se que exista a interligação com a atenção secundária e terciária na saúde para os casos de média e alta complexidade que necessitam de apoio de outras especialidades. O Serviço Social tem utilizado desses espaços para se inserir, contudo ainda pouco frequente.

Pensando nessa proposta de funcionamento do PSF com a comunicação com os níveis secundários e terciários, o contato entre a assistente social do hospital e o contato com os profissionais no PSF é imprescindível para melhor planejamento terapêutico para os pacientes com transtornos mentais.

Durante meu estágio na enfermaria esse contato foi importantíssimo para a aproximação tanto da rede quanto a família em um caso que não era possível conhecer a realidade da família sem esse contato. O trabalho foi desenvolvido em contato direto com a enfermeira do PSF para uma melhora na adesão medicamentosa tendo em vista a situação precária da família.

Uma das atribuições do assistente social na enfermaria é o contato com a família desde a entrevista socioeconômica realizada no início da internação até as orientações pós alta.

É realizado durante a internação um espaço totalmente para a família as quartas-feiras com o grupo de família e as reuniões nucleares. O grupo de família é coordenado pelo Assistente Social e utilizado outros profissionais para compor a roda em que o principal objetivo é oferecer espaço para escuta, acolhimento, troca de informações e orientações as famílias, com objetivo de possibilitar compartilhamento de vivências, angustias, esclarecimento de dúvidas e a reflexão de questões envolvidas ao cuidado do paciente em seu ambiente familiar pensando na perspectiva biopsicossocial.

Nesse espaço também é oferecido o esclarecimento sobre orientações práticas em relação ao tratamento sobre os medicamentos, nas possibilidades de suporte de cuidado e nos recursos que a família e a comunidade podem oferecer para o indivíduo com doença mental. No espaço de grupo também é estimulado a ressocialização e reinserção da família que adoece junto com seus familiares e por isso ficam muitas vezes mais restrito ao seu ambiente.

O grupo tem o intuito de fortalecer o contato da instituição com os serviços oferecidos pela rede de atenção à saúde e afins por existir nesse grupo espaço para ser discutida sobre o funcionamento do SUS, orientação de serviço público, orientação sobre os benefícios previdenciários, assistenciais e sobre os direitos sociais envolvendo transporte coletivo e afins.

A Reunião Nuclear é estruturada em forma de conversa individualizada entre o paciente, famílias e dois profissionais que acompanham o caso com o objetivo de oferecer um espaço mais reservado para escuta qualificada a fim de possibilitar a construção conjunta de comunicação interpessoal e estratégias para melhorar a adesão ao tratamento. A Reunião Nuclear é o espaço para organizar alta-licença, suporte familiar durante o tratamento e pós-alta e orientação sobre adesão medicamentosa.

Essa abordagem com os cuidadores e familiares proporciona o conhecimento para o assistente social compreender como é o envolvimento familiar no tratamento, observar a fala do familiar durante um telefone ou pessoalmente; detalhes que ajuda a instrumentalizar e enriquecer a prática profissional possibilitando intervenções mais assertiva e útil no desenvolvimento do tratamento.

O assistente social tem possibilidade de fazer atendimentos individuais que possibilita conhecer a família em sua dinâmica familiar, conhecer suas dificuldades, e realizar orientações mais diretas como os benefícios previdenciários do INSS. Na enfermagem, os benefícios mais comuns são o auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e Benefícios de Prestação Continuada oferecida pela PNAS e operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

Em suma, o assistente social pode contar com esses recursos de forma a construir uma prática mais consistente dentro da Política Nacional de Assistência Social promovendo ao usuário a possibilidade de garantia de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho proposto possui a intenção de apresentar uma parte da prática profissional do Assistente Social na Enfermaria Psiquiátrica de um hospital geral, utilizando de referências bibliográficas e a observação. A pesquisa contém um breve histórico e teórico do Serviço Social, e particularizando na prática profissional na saúde mental.

Posteriormente apresento o assistente social inserido no campo da saúde mental, ambiente que precisou da profissão ter condutas higienistas e controlado pela instituição. A categoria profissional e a saúde mental passaram por diversas mudanças através dos movimentos e lutas como o Movimento de Reconceituação do Serviço Social e a Reforma Psiquiátrica na saúde mental. Ambos tiveram uma presença importante para as mudanças que sofre mudança em relação a profissão na saúde mental.

Foi possível conhecer uma Enfermaria Psiquiátrica em hospital geral pós Reforma Psiquiátrica, no seu ambiente físico de estrutura e da equipe interdisciplinar. O surgimento da Enfermaria Psiquiátrica veio para substituir os manicômios a fim de colocar os pacientes psiquiátricos próximo da coletividade, menos leitos, redução no período de internação com o objetivo de promover a ressocialização. A atuação do serviço social é uma peça fundamental para a garantia de direitos, mobilização e cuidado com a família e o contato com a rede de suporte municipal.

Ao longo da pesquisa foi possível perceber que o assistente social na saúde mental tem um papel muito importante para a valorização do indivíduo como um todo, não só a doença, mas a sua história de vida, sua família, trajetória e as relações sociais. O serviço social atua no enfrentamento do olhar individualizado na doença de outros profissionais.

Outra percepção que como aprimoranda foi possível vivenciar os instrumentais que a Assistente Social utiliza na sua prática em uma Enfermaria psiquiátrica. O primeiro deles foi à observação social, o primeiro contato com o usuário.

Outro instrumental que utilizamos é a entrevista socioeconômica para conhecer o paciente em todo o seu ser, na sua estrutura física de condição de casa, integrantes da família, condição financeira, escolaridade, se possuem algum benefício. Outra parte da entrevista é mais subjetiva em que é possível conhecer toda a trajetória de vida do indivíduo até o presente momento. É nessa etapa que iremos conhecer suas dificuldades, suas atividades de vida diária, sua relação social e familiar.

A visita domiciliar busca compreender o que a entrevista socioeconômica não conseguiu captar no momento da conversa. A visita tem o intuito de conhecer a pessoa no ambiente em que vive, suas atividades, suas necessidades e qual outro recurso pode ser oferecido que foi observado no momento.

As leis são imprescindíveis no trabalho do Assistente Social, pois elas são garantia, de promoção e proteção social a saúde. O ambiente de atuação que a rede oferece tem suas precariedades, mas também possui seu funcionamento primário e secundário a fim de dar suporte para o setor terciário. Ou seja, a proteção básica e especial de assistência trabalha conjuntamente com a saúde a fim de suprir necessidades que não foram atendidas, ou dar continuidade à efetivação do tratamento.

O PSF é um recurso da rede que estivemos pertos para dar suporte social ao tratamento em que o PSF está próximo da família e por isso conhece muito mais a fundo suas necessidades e podem acompanhar em um período longo, o contrário de quando estão internados na enfermaria por ser um curto período.

As famílias são abordadas durante todo o período de internação, período em que o paciente está em crise aguda necessitando de abordagem interdisciplinar. A enfermaria oferece um suporte através do grupo de família em que o assistente social é o coordenador a fim de mediar as relações e informações entre os outros familiares e equipe. É um espaço em que a família pode ser acolhida, escutada e ajudá-la a pensar em nossas possibilidades de tratamento. Além disso, é o espaço em que eles se sentem à vontade para falar além da doença e do processo de adoecimento do paciente e família.

Outro espaço voltado para as famílias é a reunião nuclear em que é utilizado para falar especificamente do tratamento de seu familiar internado, é o espaço em

que se pensa na melhor possibilidade de tratamento e de como é o entendimento da família sobre a doença, medicação e o tratamento.

Por fim, este trabalho é o início de reflexões sobre a prática do serviço social na saúde mental. Possibilita conhecer de forma breve os recursos da rede que são utilizados diariamente para a efetivação da atuação, leis que fundamentam a assistência, instrumentais os quais embasam os movimentos que refletem diretamente para as mudanças tanto da profissão em si e quanto na saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. C. **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial.** In: KALIL, M. Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec /Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos:** o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Pública [online]. 1995, vol. 11, n.3, pp.491-494. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>. Acesso em 07 set. 2017.

_____. **Saúde Mental, políticas e instituições:** programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOTEC, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARO, AS. **Visita domiciliar:** teoria e prática. Campinas: Papel Social, 2014.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental:** uma análise inconstitucional. São Paulo: Cortez, 2007.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde Mental no Hospital Geral:** espaço para o psíquico. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BOTEGA, Neury José (org). **Serviço de Saúde Mental no Hospital Geral.** Campinas: Papyrus, 1995.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde – Versão Preliminar.** Brasília – DF, março/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 1990.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. 2004. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/serviço_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em 15 de out. 2018.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, E. P. **Suporte Social e Família. Doença e Família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CAMPOS, Gastão W. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS):** um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 84, 2004.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos. **Reflexões sobre os instrumentais em Serviço Social:** Observação Sensível, Entrevista, Relatório, Visitas e teorias de Base no Processo de Intervenção Social. São Paulo: LCTE Editora, 2008

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social.** Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10. Ed. Brasília, 1993.

_____. **Parâmetros para atuação de assistente social na política de saúde.** Brasília, DF, 2014. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

_____. **Práticas Terapêuticas no âmbito do Serviço Social:** subsídios para o aprofundamento do estudo. Brasília: CFESS, 2008.

_____. **Resolução CFESS n 389/99, de 29 de março de 1999.** Brasília: CFESS, 1999.

_____. **Resolução CFESS n 569/99, de 25 de março de 2010.** Brasília: CFESS, 2010.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Por uma cartografia do cuidado em saúde mental:** repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês. **Serviço social e Saúde.** São Paulo: Cortez, 2006.

EIRAS, A. A. L. T. S. **Problematização acerca do trabalho com grupos no serviço social brasileiro.** In: VASCONCELOS, E.M. Abordagens Psicossociais. V. 3. Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo, Hucitec, 2009, P. 121-158.

GRACIANO, Maria Inês Gândara. **Estudo socioeconômico:** um instrumento técnico-operativo. São Paulo: Veras, 2013.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Disponível em: <http://www.cedeeps.com.br/wpcontent/uploads/2009/Yolanda-Guerra.pdf>. Acesso em 20/01/2019.

HOFFMAN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no programa saúde da família – PSF na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre:Tese de Mestrado, 2007.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. São Paulo/Lisboa:Veras/CPIHTS, 2003

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Exercício Profissional do Assistente Social na área da Saúde: Algumas Reflexões Éticas**. Campinas: Unicamp. Revista Serviço Social e Saúde, V.6. N.6. P. 1-112. 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social identidade e alienação**. 16. Ed.. São Paulo: Cortez, 2011.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez,2013.

MELLO, A.A.F. **A epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2 ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006 – (Coleção Ensaio Transversais).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias: módulo 7**. – 5ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

MIOTTO, R. C. T. **Família e serviço social: contribuições para o debate**, Serviço Social e Sociedade. 55. Rio de Janeiro:Cortez,1997 (P. 114-130).

_____. **Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais**. Revista Virtual Textos &Contextos, n.3, ano III, dez. 2004.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

MOREIRA, C.F.N. **O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica**. São Paulo: Cortez, 2013.

MOREIRA, M.S.S.; HONÓRIO, V.; ALMEIDA, E.; BRUNINI, F.S. **Aprimoramento de Serviço Social em Psiquiatria: oportunidade de qualificação dos profissionais.** In: Revista do Serviço Social Hospital das Clínicas F.M.R.P.-USP. V.I, ANO I, 2001, p. 39-46.

NEDER, G. **Trajetórias Familiares.** Florianópolis, Mimeo, 1996.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 2. Ed., São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, A.C.C.; MONTEIRO, M.V.C. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L.B. [et al.] (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões críticas sobre a prática profissional.** São Paulo: Papel Social, 2013, p.139-163.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Assistente Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Revista Serviço Social e Sociedade n. 102. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

ROSA, L.C.S. **Transtorno Mental e Cuidado na família.** 2ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, L.C.S., MELO, Maria Ferreira Silva. **Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII-VIII, n. 7-8, p. 75-105. Dez. 2009.

SEVERINO, Antônio J. **Metodologia do trabalho científico.** 21. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOMER, Diana G. Moura Reidy Rolim. **A visita Domiciliar, instrumento que potencializa a atuação do Assistente Social.** Disponível em: http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14704. Acesso em 20/01/2019.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 4ed. São Paulo: Cortez, 2007,

VASCONCELOS, E.M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VIEIRA, B. O. **História do Serviço Social: Contribuição para a construção de sua teoria.** Rio de Janeiro: Agir, 1977.