

SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL: PERSPECTIVAS E METODOLOGIAS

Adriana do Amaral CUNHA¹
Juliene Aglio O. PARRÃO²

RESUMO: Este artigo tem por objetivo a discussão a respeito do transtorno mental, e a atuação do serviço social. É fruto de experiências vivenciadas durante o estágio e supervisão acadêmica no curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente no Hospital Psiquiátrico Especializado Allan Kardec. Discutirá a reincidência hospitalar dos pacientes com transtorno de Esquizofrenia e a importância do assistente social na instituição não somente como participante de uma equipe multidisciplinar, mas como um profissional que visa a preservação dos direitos e em sua prática promove ações interventivas nas demandas destes pacientes. A pesquisa utilizada foi a bibliográfica e a documental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reincidência, Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo uma explanação acerca Do individuo com transtorno mental, os preconceitos que permeiam suas relações familiares e sociais. Baseado em experiências vivenciadas no campo de estágio, onde se da às discussões sobre a demanda.

De acordo com os temas abordados, no primeiro momento vamos conhecer a trajetória da saúde mental no Brasil seus preconceitos, a questão da exclusão os sofrimentos que são causados para além da doença.

Em segundo momento conhecer a Política de Saúde mental, suas transformações e atualidades. No terceiro momento conhecer o campo de estagio o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec de Presidente Prudente, sua formação e capacitação.

¹ Discente do 3º ano do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. E-mail: dri_filhadedeus@hotmail.com

² Docente do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente e Supervisora Acadêmica. Email: coord.social@toledoprudente.edu.br

No quarto momento abordaremos sobre o objeto de estudo principal deste artigo que é a reincidência hospital, suas causas, seus traumas, abordando também a destitucionalização e seus efeitos na vida psíquica e social do paciente.

Por fim os últimos tópicos deste artigo será abordado o serviço social na instituição, a atuação profissional, e os desafios para os profissionais. A metodologia usada para construção deste estudo foi a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O primeiro hospital psiquiátrico no Brasil surgiu quase que exclusivamente com o objetivo de resolver um problema, pois os loucos como eram denominados andavam pelas ruas, sujos, mal vestidos. A “sensação é a de estar em uma espécie de povoado de mendigos, de gente muito pobre desesperançada isolada entre si.” (MOFFATT, 1984, p.16).

O Hospício de Pedro II, em homenagem ao então imperador do Brasil, foi aberto em 05 de dezembro de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, tendo sido criado através do Decreto nº 82 em 18 de julho de 1841. Era dada como necessária a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade, para abrigar os loucos recolhidos.

Nesta época, as pessoas com problemas mentais eram vistas como, “seres desviantes, incapazes de sobreviver em sociedade, uma vez que não se adequavam as necessidades econômicas e sociais da sociedade capitalista.” (HELOISA e MALTEMPI, 2006, p.03)

Sendo que não reconhecidos como doentes mentais e sim como loucos era duplamente afastados ou seja primeiro do meio urbano e depois do meio social quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. O primeiro hospital até então chamado Hospício foi construído num local afastado do centro urbano. Com isso, ficava evidente a prática de exclusão tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores. (Resende, 1987, p. 36)

Ao se fala de exclusão não se pode deixar de pensar em tudo o que ela afeta, desde a vida familiar, comunitária, trabalho, religião, é afetar a saúde em um todo no psíquico e no físico. Levando em consideração que as vítimas desta exclusão que sofrem de transtornos mentais, não são capazes de se defender, estando sujeito as decisões da Sociedade e do Governo

Até a década de 70, o modelo assistencial direcionado a pessoa com transtorno mental era o de internação ou confinamento. Á partir deste período que começou a se pensar e a se realizar mudanças significativas no que se refere ao tratamento e atendimento a pessoa com transtorno mental, chamando-se então a Reforma Psiquiátrica, que busca a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, objetivando romper com os paradigmas que deram origem à internação.

A partir da década de 70, abre-se o leque da reforma psiquiátrica com o surgimento de diversas possibilidades no campo teórico e prático da desinstitucionalização no Brasil. O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil recebeu influência Norte Americana e Italiana: teceram críticas ao atendimento oferecido aos PTM, com objetivo de implantar um atendimento mais humanizado, de modo a garantir a dignidade da pessoa PTM, enquanto cidadã. (GÓIS, MARTINS e VIEIRA, 2004, p.22)

Desta forma a Política de Saúde Mental se entrelaça com a Política de Saúde no Brasil integrando o universo de políticas publicas em nosso país.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também fazem parte desta Política. (BRASIL, Saúde Mental, s.d.)

A política de saúde mental atual tem seu embasamento nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, promovendo a reinserção social e o resgate da cidadania

do portador de transtorno mental, visando à redução dos leitos psiquiátricos direcionando os pacientes que estão internados em um período prolongado para rede de serviços alternativos, como Ambulatórios de Saúde Mental, Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), Centros de Convivência, Hospitais Dia, dentre outros . Preocupando se com o direito de cidadania conquistado na constituição de 1988.

Com a Constituição de 1988, o povo brasileiro conquistou a saúde como um direito de todos e foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, foram aprovadas as Leis 8.080 e 8.142, que regulamentam a legislação básica da área da saúde.

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988, que tem como um de seus fundamentos “a dignidade da pessoa humana”; aliado ao movimento de desospitalização psiquiátrica, novos horizontes se abrem para que o doente mental venha resgatar sua cidadania, volte a ser sujeito pleno de “direitos”. (FERREIRA, 2007, p. 06).

Observa-se que a lei impulsiona a Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde Mental, objetiva garantir cuidados, direitos e serviços que substitua os hospitais psiquiátricos, da aprovação da Lei até a data deste 2014, já se passarão 13 anos, tendo em vista que ainda temos instituições em funcionamento denominadas hospitais psiquiátricos em pleno funcionamento e pacientes sendo internados e havendo reincidências constantes, ao lermos:

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. (BRASIL, Ministério da saúde, 2001).

Paradigmas e reinserção precisam ser discutidos neste âmbito, uma vez que a política diz permitir a reabilitação através da inserção ao trabalho, cultura e lazer. A Reforma Psiquiátrica só aconteceu com a mobilização dos profissionais e familiares dos pacientes que sofrem de transtornos mentais, como podemos ver,

Denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público quanto privados, alguns dos quais formas identificados como verdadeiros campos de concentração; 64 Denúncias da indústria de loucura nos hospitais privados conveniados ao INAMPS; Denúncias e

reivindicações por melhor condição de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; Primeira reivindicação pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar do movimento não ter ainda bem claro como deveria ser organizados os serviços. (VASCONCELOS, 2009, p. 23).

Marcos importante aconteceu na saúde mental em junho de 1987 a I Conferencia Nacional de Saúde Mental, foi recomendado a desconstrução dos modelos de manicômios, asilos e proibição de novas construções. A II Conferencia Nacional de Saúde Mental já se objetivou os direitos de cidadania que esta em vigor até os dias atuais.

Em 1989 o Deputado Federal Paulo Delgado apresenta o projeto de Lei nº 3.657/89 que propõe o fim dos manicômios e construção de serviços alternativos, este projeto levou 12 anos para ser aprovada e somente em 2001 isso ocorreu.

Outro marco importante ocorreu em 1990 a Conferencia de Caracas a qual se discutiu a transformação na saúde mental. A III Conferencia Nacional de Saúde Mental em 2002 teve como tema “Cuidar sim, Excluir não” suas discussões apontaram para a garantia dos direitos dos pacientes com transtornos mentais.

Quando diante de uma internação o paciente é levado para o hospital, são tirados seus pertences, ele é colocado junto a outros e neste momento, sua vida passa a ser mantida não mais por seu controle e sim por uma equipe médica, a psiquiatria decide sua vida, ou seja esta sendo tirado das mãos deste paciente o controle de sua vida, seus desejos sua autoconfiança, sua responsabilidades, podendo afetar em suas emoções a falta de capacidade e tornando-o incapaz de fazer e realizar algo, esse pacientes torna-se alienados vivendo em mundo imaginariamente bom. Para Monffatt assim são as instituições psiquiátricas:

Para uma comunidade de normais é muito cômodo poder contar com uma lata de lixo psicológica onde se podem projetar as partes loucas, fazendo com que todos se sintam mais sãos, no entanto, esta solução para ansiedades psicóticas coletivas é muito mais injusta, pois condena o papel de loucos de uma boa parcela da sociedade.
(Moffatt 1986 p16)

Os pacientes que sofrem de transtorno mental, além de excluídos e descriminalizados pela sociedade, a presença de um diagnóstico médico é estigmatizante, levando o indivíduo a uma vida de portas fechadas. Os indivíduos

que sofrem de transtornos mentais também são discriminados por sua família, não conseguem ser inseridos ao mercado de trabalho, muito menos ao convívio social.

3 APROXIMAÇÕES SUCESSIVAS ACERCA DO CAMPO DE TRABALHO

Para conhecer um pouco sobre o hospital psiquiátrico Allan Kardec, a câmara de Presidente Prudente disponibiliza em seu site a história resumida deste hospital,

O Sanatório Allan Kardec foi inaugurado dia 4 de maio de 1951, para o atendimento de toxicômanos e doentes mentais. Os doentes recebem abrigo e tratamento gratuitos, nas proporções fixadas pela legislação e regulamentos estaduais em vigor, o que caracteriza a natureza filantrópica da instituição. O hospital possui 80 leitos à disposição do SUS- Serviço Único de Saúde, distribuídos nesta ordem: Hospital Dia, 30 leitos. Hospital Especializado, 50 leitos, 10 masculinos e 40 femininos. Após a alta hospitalar, os doentes e suas famílias são acompanhados e atendidos nas dificuldades que envolvem cada caso. (EMUBRA, Saúde, s.d.).

O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, situado a Rua Benedicto Franco, nº200, bairro, Jardim Itapura I, cidade de Presidente Prudente, é mantido principalmente pela Associação Regional Espírita de Assistência – AREA – Objetiva-se o atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, com transtornos mentais. O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec caracteriza-se sendo uma associação privada que presta um serviço público, que é a saúde mental, filantrópico, sem fins lucrativos, 100% SUS, regido por seu estatuto próprio.

Recebe doações de pessoas e empresas e tem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), prestando atendimento aos municípios do Estado de São Paulo que fazem parte da DIR XI (Direção Regional de Saúde). O hospital visa à humanização na saúde, proporcionando qualidade no atendimento aos pacientes e as famílias.

O Hospital Allan Kardec conta com o HD (Hospital Dia) onde o paciente faz tratamento durante o dia e retorna final da tarde para seu lar. E o HE (Hospital Especializado) fundado em 19/02/1961, recebe os pacientes com transtornos mentais, toxicômanos, dependentes químicos que são internados para tratamento com duração de 15 a 40 dias, ambos oferecem tratamento especializado psiquiátrico com equipe multidisciplinar, sendo esta equipe formada por médicos, psicólogos,

Assistente Social, psiquiátricos, enfermeiros, Terapeuta Ocupacional. Incluindo o quadro de funcionários conta com seguranças, financeiro, telemarketing, recepcionista, cozinheira, nutricionista e serviços gerais.

São oferecidos aos pacientes refeições sendo, café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, são feitas terapia ocupacional trabalhando juntamente com a psicologia, trabalhando roda de leitura, musica, expressão corporal, trabalhos manuais, crochê, bordados, filmes e passeios para estimular a socialização e o contato com o externo.

O hospital presta assistência gratuita aos pacientes com transtorno mental, drogas e álcool, dentro legislação e regulamentação federal, estadual e municipal em vigor, lembrando que hospital é de natureza filantrópica.

4 OS DESAFIOS ACERCA DO TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRENIA (F-20) E A REINCIDÊNCIA

De acordo com o SUS o F-20 numero denominado aos pacientes com transtornos mentais são características da esquizofrenia:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. (F20-F29, s.d., s.p.).

Sendo este transtorno muitas vezes reconhecido pelas alucinações e delírios que colocam em risco a vida do paciente ou a de terceiros. Em casos da esquizofrenia o paciente depende de medicação para controle do quadro psíquico, muitas vezes sem uso da medicação existe a reinternação do paciente.

Os pacientes com transtornos esquizofrênicos sofrem varias internações, talvez seja um desafio a Reforma Psiquiatra, a articulação os serviços em rede prestados a este pacientes são muitas vezes ineficazes, ao se pensar na

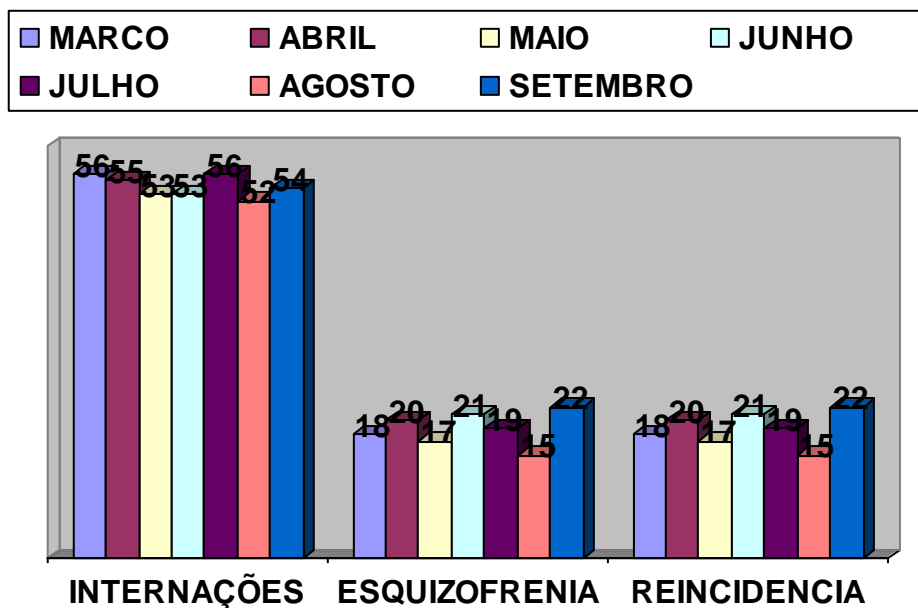
destitucionalização é preciso pensar que programas estão sendo ofertados aos pacientes com transtornos mentais em especial a esquizofrenia, e para os familiares que tem pacientes com esta patologia, uma vez que para este paciente não se trabalha a cura da doença e sim a evolução da mesma.

De acordo com o gráfico baseado em dados acolhidos no campo de estagio é possível compreender como a esquizofrenia faz a reincidência acontecer nos respectivos 7 meses deste ano.

4.1 Aproximações Sucessivas: Internações e Reincidências

A seguir é possível visualizar por meio de um gráfico as internações e reincidências dos pacientes de março a setembro.

Gráfico 1 – Internações e Reincidências



Fonte: Informações obtidas no hospital.

O que podemos perceber no gráfico é que o numero de internações com os pacientes que sofrem de transtornos mentais é o mesmo número de reincidências, devido o fato de que nenhuma destas internações na vida do paciente

era a primeira vez, em alguns casos já nem as sabia mais quantas internações já viveram. Em prontuário os dados escritos sempre se repetem pelo diagnóstico médico, F-20 de longa data.

Quando o paciente é admitido para o tratamento dentro da instituição, ele é observado pelos médicos e imediatamente é ajustada a medicação que melhor ira atender a necessidade dele, neste espaço ele convive com outro paciente isso lhe fornece a socialização, o convívio, a contato, além de participar das reuniões em grupo e terapia ocupacional, isto permite ao paciente uma integração com o espaço e com ele mesmo, quando o paciente recebe alta médica, apenas lhe é oferecida a família.

Mas ao pensar em família e vínculos familiares preservados, ou seja o fato do paciente ter a família para recebê-lo é de fato algo espetacular, mas o que chamo atenção para esta família é o fator, “sofrimento” que a acompanha por longa data, e porque não dizer que a mesma também pode se encontrar doente.

Pois muitas vezes a família não sabe como lidar com a doença e com o paciente, a família encontra-se cansada, desanimada, desmotivada e até mesmo desesperançada, ainda pior quando vemos a família desacreditada do paciente, e desta forma passa a trata-lo de modo diferenciado, tirando deste sujeito sua autonomia.

Oferecendo-lhe apenas a medicação, então o paciente passa a não mais evoluir e sim a regredir ou seja se observarmos o que acontece na vida dele na internação e o que acontece na volta pra casa, é preterível que ele queira uma vida de integração.

O problema da reinternação pode ser considerado a partir de fatores, como: a ausência de programas de reabilitação eficientes e de programas de acompanhamento posterior à alta hospitalar que garantam a continuidade do tratamento. Um problema meramente relacionado aos sintomas do usuário e às falhas no tratamento. Além disso, destaca-se também o fato de o hospital psiquiátrico acolher os sujeitos socioeconomicamente desfavorecidos, os quais não têm para onde ir, evidenciando uma problemática social, na medida em que a hospitalização, muitas vezes, é necessária por fatores de ordem social e não médica. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011, s.p.).

Ao na reincidência não podemos descartar o fato de que o paciente se acostuma com a internação e até mesmo a família, encontra na internação a forma

de cuidados para o pacientes porem pode haver neste momento dois caminhos perigosos.

Primeiro o paciente não adquire domínio e responsabilidades, que este pode adquirir, segundo a família faz da internação a maneira de descansar do sofrimento, por não saber lidar com a doença ou por ter um individuo totalmente dependente. "reinvenção da sociedade, que passa a ter novas ferramentas e possibilidades para compreender a loucura e a assistência ao doente mental, refletindo e procurando formas para enfrentar este desafio" (SALLES; BARROS, 2007, p. 14).

A sociedade exclui o portador de doença mental, devido a sua impossibilidade de produção, sua incompatibilidade com o capital, que o leva à rotulação de ser um deficiente mental, seu maior descrédito no mercado de trabalho se deve ao termo, "louco".

Porem uma vez louco, como conseguiram ser possibilitados a aderir aos padrões considerados desejáveis ou normais em sociedade. Dessa perspectiva, afirma Glat: "A segregação do deficiente é entendida em termos da sua não produtividade: por não contribuírem economicamente com o sistema eles são marginalizados e reduzidos à categoria de cidadão de segunda classe ou seres humanos inferiores". (GLAT, 1995, p.16)

Considerando o pensamento de Glat (1995) , os indivíduos que não correspondem às normas grupais consideradas normais, são anormais ou melhor fora de norma, e conseqüentemente excluído total ou parcial do convívio social. Conseqüentemente uma vez que um individuo for diagnosticado como um doente mental, ele perdera sua condição de normal e passara a ser um anormal, e este rótulo anormal passara a ser sua nova identificação, o qual determinara suas atitudes e comportamentos.

A partir deste momento, deste diagnostico inicia-se um estigma na vida deste individuo, pois todas as demais características e atributos, não serão mais reconhecidos, somente a loucura será sua identidade.

É pertinente o fato que existe uma falha, uma lacuna, quando falamos em reinserção do doente mental em convivo com a sociedade, se a família não esta preparada para cuidar do seu doente mental, haverá uma grande dificuldade da

aceitação da comunitário e sociedade em geral, deve-se encontrar formas de resolver tal lacuna, não se deve esquecer que todos somos cidadãos de direitos.

O fato é que todos têm preconceitos relacionados às pessoas com transtornos mentais, afinal durante anos foram nos apresentados como loucos, insanos, temos medo da loucura, as famílias demoram pra entender e aceitar a doença mental, seria mais fácil lidar com uma perna quebrada, uma dor no estomago, uma doença visível talvez.

5 O SERVIÇO SOCIAL E A INSTITUIÇÃO

O Serviço Social na instituição tem papel essencial por ser uma profissão interventiva, atua na preservação dos direitos dos pacientes, o profissional do Serviço Social tem uma visão critica, baseado em seus conhecimentos, teórico-metodológicos, éticos-político e técnico-operativo, possibilita uma ampla visão da realidade, podendo intervir para além da imediatividade sendo possível compreender as novas expressões da questão social.

Este trabalho realizado pelo profissional deve buscar a defesa do direito social, da cidadania da emancipação do individuo, da igualdade e outros, buscando participar da produção e reprodução da vida social ou da relação social. (Silva A, et al. 2003, p.27).

O Serviço Social exige um profissional qualificado que atua com visão critica a respeito das desigualdades sociais, não apenas faça trabalhos de rotina, mas que de respostas aos usuários de acordo com suas demandas. Assim como o autor Bisneto diz:

O assistente social, além de tentar compreender a lógica da assistência social (que aprende na faculdade de Serviço Social), precisa entender a lógica que reveste a racionalidade de funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental e a lógica da instituição psiquiátrica (a institucionalização histórica e social da psiquiatria). (BISNETO, 2002, p.133).

Trabalhando juntamente com a equipe multidisciplinar, são realizadas reuniões com a equipe para avaliação do quadro evolutivo do paciente. Faz parte do

processo de tratamento Licenças Terapêuticas, nesta licença o paciente passa o fim de semana em casa sendo que sua saída hospitalar ocorre na sexta feira e com retorno agendado para a segunda feira, a licença tem por objetivo o contato com a família, com a comunidade, a integração com o que é do paciente e como ele lida com isso.

A Equipe também em suas reuniões sempre avaliam a evolução do paciente para assim agendar sua Alta Programada isso ira ocorrer de comum acordo entre os profissionais. Cada paciente ao ser admitido para tratamento é feito um prontuário, e cada profissional de acordo com sua atuação ira evoluir este prontuário, sendo assim possível acompanhar cada paciente e seu comportamento individualmente. Neste momento ressalta a importância do Serviço Social.

Destaca-se a importância de uma atuação do Serviço Social, que através dos programas sócio assistenciais, direcionadas ao atendimento dos dentes mentais e seus familiares, visando o resgate e o sentido da autonomia, através de ações interdisciplinares.

O Serviço Social através de atividades socioeducativas e culturais, propicia a inclusão social dos pacientes e familiares, que vão desde orientações sociais, consultas e pareceres que possam contribuir com a inserção do paciente em programas e projetos sociais voltados para o desenvolvimento da cidadania. Importância do trabalho em rede com os órgãos assistências. Neste sentido, Pereira (2002) analisa como o profissional deve atuar diante desta demanda:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquela possibilidade de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participa da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).(PEREIRA, 2002, p. 254)

Inúmeras e diversas são as necessidades das pessoas transtornos mentais e seus familiares, se divergem e se diferenciam as etapas da doença, o que exige serviços e ações do Serviço Social, visando à promoção e a garantia dos direitos sociais aos pacientes com transtornos mentais e assim como à sua família.

O que se espera do profissional do Serviço Social, é seu comprometimento com a inserção social, com a equidade e com a integralidade, norteado pelo Projeto Ético Político do Serviço Social. Buscando em seus valores os princípios de cidadania, objetivando minimizar o estigma e o preconceito sobre o doente mental.

O Assistente Social precisa ter um olhar crítico em relação ao cotidiano relacionado a saúde mental, para evitar que seja apenas um cumpridor de tarefas, precisa continuamente esta estudando, acrescentando saberes em sua pratica, ter planejamento, criar estratégias para alcançar o que espera o paciente fora do âmbito hospitalar, promover ações em rede, articular com setores publico, ter um olhar para a família, suas condições e assim também dar as orientações necessárias para que pacientes e famílias sejam inseridos na vida social.

O profissional tem que resgatar nos usuários uma consciência crítica que os mesmos são sujeitos de direitos, e publicizar os direitos que as pessoas com transtornos mentais e seus familiares tem de participar de fóruns, conferencias e conselhos sobre saúde mental para que assim eles possam exercer sua cidadania, e trazer a sua necessidade para que a política de saúde mental atenda como um todo o usuários. É necessário unir subjetividade com cidadania, compreendendo as pessoas com transtornos mentais como sujeitos de sua historia. (VIANA et.al. 2001, p.81-82)

O assistente social trabalha para romper todo e qualquer tipo de preconceito que se refere à saúde mental, a articulação com outros serviços deve objetivar a enfrentamento a problemática, quer seja preconceito, falha nos serviços, vínculos rompidos.

A Lei n.10.216 de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, e direciona ao modelo de assistência à saúde mental, nos traz, em seu Artigo 1º que,

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Ainda em seu artigo 2º parágrafo único diz:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A legislação mostra o direcionamento em que deve se dar o modelo de assistência psiquiátrica, deixando claro e regulamentando cuidado especial aos pacientes que ficam durante muito tempo internado, em lei fica bem claro que há punição para internações involuntárias ou quando não há necessidade.

O profissional do serviço social tem a lei em suas mãos e baseado nela tem compreensão para sua ação. Compreende que saúde mental não é somente um diagnóstico médico que determina a potencialidade do indivíduo, ele tem vida, tem ambiente, tem comunidade, precisa ser despertado para o cotidiano. O assistente social diante desta demanda deve agir acima de tudo de forma humanizada, contribuindo para preservação dos direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo trouxe como discussão os preconceitos que sofrem os doentes mentais, além da sociedade sofrem dentro do próprio seio familiar, a discriminação que determina suas ações, tornando-os pessoas dependentes e cada vez mais deprimidas sem valor dentro de si mesmo. Conhecer a instituição Allan Kardec seus serviços prestados.

Foi possível compreender a trajetória histórica dos primeiros hospitais e a política de saúde mental, assim como a Reforma Psiquiátrica, assim como atualmente tem se discutido cidade sobre a destitucionalização, a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar – Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais terapêuticos (STRs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e ainda incluir as ações de saúde mental na atenção básica.

Ainda uma construção para a destitucionalização, deve-se abrir espaços de discussões sobre isso, uma vez que a família dos pacientes deve ser ouvida, sociedade e Estado também tem seu papel junto a esta população. Devendo pensar em tudo o que envolve a saúde mental e o que em nossa sociedade tem para ofertar. Devemos ressaltar que muitos pacientes trazem em sua vivência momentos ruins com sua família, violência, desemprego, vícios dentre outros fatores que contribuíram para o transtorno mental e agravamento do mesmo.

É indispensável à atuação do assistente social, no que diz respeito à saúde mental, sua função é de extrema importância por ser interventiva que visa à transformação da realidade, o profissional conta para isso com os conhecimentos teórico-metodológicos, éticos-políticos e técnico-operativos, sua competência pode realizar a reintegração da pessoa com transtorno mental à vida social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESS/CEDEPSS – **Proposta básica para o projeto de formação Profissional.**
In: Serviço Social e sociedade. São Paulo: Cortez, ano XVIII, N.50, abr. 1996.

BEZERRAI, Cíntia Guedes; DIMENSTEIN, Magda. **O fenômeno da reinternação:** um desafio à Reforma Psiquiátrica. Mental vol.9 n°16 Barbacena jun. 2011.
Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000100007&script=sci_arttext> Acesso em 22 de out de 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Legislação em Saúde Mental. 2ed. Ver. E atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretária de Estado da Saúde. Humanização. **Saúde mental.** Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>> Acesso em 15 de out de 2014.

BISNETO, José Augusto; ROSA, Lúcia; PEREIRA, Ivana Carla Garcia **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

EMUBRA. **Saúde**. Disponível em:

<http://camarapprudente.sp.gov.br/historia/hist_oeste/cidades/pprudente/saude.html
> Acesso em 22 de out de 2014.

FERREIRA, M.C.G. dos A. **A política de saúde mental no Brasil – ontem e hoje: alternativas e possibilidades** 2007. Disponível em:
intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/.../2660. Acesso em:
20 de outubro de 2014.

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm#F20>
Acesso em 14 de out de 2014.

GÓIS, C. C.; Martins, G. L.; Vieira, M. G. **A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**. Disponível em:

<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/587/601>
Acesso em 25 de outubro de 2014.

GLAT, Rosana, CÂNDIDA, Rute. **Sexualidade e deficiência mental: refletindo o debate sobre o tema**. Questões Atuais em Educação Especial. VOL. II, Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996.

HELOISA, Márcia, MALTEMPI, Maria Angela. **O Que é Saúde Mental?** Presidente Prudente, 2006.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez, 1984

Portal da Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925 Acesso em 14 out 2014.

PROJETO Terapêutico: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ALLAN KARDEC DE PRESIDENTE PRUDENTE. 2014. Presidente Prudente.

SAÚDE Mental Passo a Passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Disponível em:
<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_menta_revisado_6_11_2008.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2010.

SILVA, A., et al. **O trabalho do assistente social nos serviços de saúde pública no município de Presidente Prudente.** 2003. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo", Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, 2003.

VASCONCELOS, E. M.; ROSA, L. C.dos S.; PEREIRA, I. C. G.; BISNETO, J. A. . **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. São Paulo: Cortez, 2000.

VIANA, C.; Oliveira, G.; GODOY, M.; Oliveira, J.; de Oliveira, M.. **Pessoas com Transtornos Mentais:** Desafiando os Preconceitos. SEMINÁRIO INTEGRADO - ISSN 1983-0602, América do Norte, 4 9 jun 2011. Disponível em:
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/2754/2532> Acesso em: 14 out 2011.