



University of  
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

# revistafsa

[www4.fsnet.com.br/revista](http://www4.fsnet.com.br/revista)

Rev. FSA, Teresina, v. 21, n. 1, art. 10, p. 169-186, jan. 2024

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2024.21.1.10>

DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

WZB  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung



## O Serviço Social no Contexto Manicomial a Partir de uma Análise Institucional

### Social Service in the System Context from an Institutional Analysis

#### **Lucia Cristina dos Santos Rosa**

Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas  
Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Professora da Universidade Federal do Piauí  
E-mail: [luciacsrosa@gmail.com](mailto:luciacsrosa@gmail.com)

#### **Sâmia Luiza Coêlho da Silva**

Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí  
Professora do Instituto de Ensino Superior Múltiplo  
E-mail: [samialuiza@hotmail.com](mailto:samialuiza@hotmail.com)/[samialuiza2610@gmail.com](mailto:samialuiza2610@gmail.com).

#### **Francisca Maria Soares**

Graduação em Serviço Social pela Faculdade Ademar Rosado  
Especialista em Docência no Ensino Superior pela Uninassau.  
Assistente Social do Hospital Areolino de Abreu.  
E-mail: [francisk\\_soares@hotmail.com](mailto:francisk_soares@hotmail.com)

#### **Maria José Girão Lima**

Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí.  
Assistente Social do Hospital Areolino de Abreu.  
E-mail: [mariagirao1@outlook.com](mailto:mariagirao1@outlook.com)

---

#### **Endereço: Lucia Cristina dos Santos Rosa**

Universidade Federal do Piauí – Av. Universitária, S/N,  
Bairro: Ininga, CEP: 64.049-550, Teresina/PI, Brasil.

#### **Endereço: Sâmia Luiza Coêlho da Silva**

Rua Aquiles Lisbôa, 399, Bairro: Centro, CEP: 65.630-300, Timon/MA, Brasil.

#### **Endereço: Francisca Maria Soares**

Hospital Areolino de Abreu, Rua Joe Soares Ferry, 2420,  
Bairro: Primavera, CEP: 64000-000, Teresina/PI, Brasil.

#### **Endereço: Maria José Girão Lima**

Hospital Areolino de Abreu, Rua Joe Soares Ferry, 2420,  
Bairro: Primavera, CEP: 64000-000, Teresina/PI, Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues**

**Artigo recebido em 05/11/2023. Última versão recebida em 16/11/2023. Aprovado em 17/11/2023.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).**

**Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação**



## RESUMO

Fundamentada na análise institucional, análise de conjuntura e no projeto ético político, caracteriza-se histórica e institucionalmente o Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu, um hospital psiquiátrico/manicômio, equipamento central na urgência e emergência em saúde mental do contexto piauiense. Emprega-se a revisão de literatura a partir de livros, artigos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações. Além disso, emprega-se também análise documental com base em legislações (leis, portarias e outros); regimentos, relatórios do Serviço Social; livros de registros e análises institucionais. Centra-se a análise no plantão de saúde mental, território das práticas predominantes e do coletivo das assistentes sociais, em que produzem sua documentação e interação, construindo o exercício profissional a partir do desafio de seu embasamento no Projeto Ético Político do Serviço Social.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Hospital Psiquiátrico. Análise Institucional. Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

Based on institutional analysis, conjuncture analysis and on the ethical political project, the Social Work at Hospital Areolino de Abreu, a psychiatric hospital/madhouse, central equipment in the urgency and emergency in mental health of the Piauí context, is historically and institutionally characterized. A literature review is used, based on books, articles, course conclusion works and dissertations. And, document analysis, based on legislation (laws, ordinances and others); charters, Social Service reports; records books and institutional analyses. The analysis focuses on the mental health shift, territory of predominant practices and of the collective of social workers, in which they produce their documentation and interact, building professional practice from the challenge of its foundation in the Ethical Political Project of Social Workers.

**Keywords:** Social Workers. Psychiatric Hospital. Institutional Analysis. Psychiatric Reform.

## 1 INTRODUÇÃO

O Serviço Social, em sua gênese, é regulamentado como uma profissão liberal, mas a atuação dos/as assistentes sociais ocorre preponderantemente em instituições.

As instituições, no mundo Ocidental, configuram-se como produtos históricos das lutas e respostas da sociedade capitalista, sendo “arenas de disputas entre as classes fundamentais” (SAMPAIO; OLIVEIRA, 2014, p. 120). São produto, resultado do que foi instituído a partir das lutas sociais, mas também se situam nos processos sociais, instituintes, no devir das conquistas da dinâmica histórica. No contexto capitalista, são, a priori, espaços de disciplinamento e controle, reprodução, manutenção do status quo. Mas são, também, espaços contraditórios, dinâmicos, pois, em determinadas conjunturas e sob determinadas condições, podem constituir-se em espaço de mudança social.

Há várias perspectivas teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operacionais com diferentes tradições e autores e distintas formas de conceber e realizar uma análise institucional. Sampaio e Oliveira (2014) mostram que nos anos 1980 a produção do Serviço Social se debruçou de maneira mais intensa em análises institucionais e no sinalizar o/a assistente social como um agente institucional. Tal leitura perde força na literatura da área, ficando subsumida ao privilegiamento da relação capital x trabalho e ao enfoque do significado social da profissão. Mas, como destacam as autoras, a análise institucional é uma técnica importante para o exercício profissional, sobretudo para a construção de estratégias de trabalho pelo Serviço Social. Permite entender como a instituição é determinada e cria determinações na sua trajetória histórica e no contexto geral da política social a que é filiada, pendendo para a reprodução do sistema vigente ou para a mudança social. Possibilita, ainda, entender como a instituição se localiza nas relações de poder da rede socioassistencial, e como o usa e dialoga a partir do que oferece e também demanda, na perspectiva de ampliar ações na direção da divisão de tarefas, saberes e experiência, intersetorialidade ou, até, para identificar se é isolada, fechando-se em si mesma. Também caracteriza o trabalho em equipe e as relações de força que o perpassam, na perspectiva de mudanças internas e até externas. Logo, contribui para localizar o Serviço Social na correlação de forças sociais e o potencial do seu projeto ético político em decifrar a realidade social, na perspectiva de transformá-la.

Para apreender e compreender a dinâmica histórica da instituição, é imprescindível associar a análise institucional à análise de conjuntura (SOUZA, 1984, p. 08), que “é uma mistura de conhecimento e descoberta, é uma leitura especial da realidade e que se faz sempre em função de alguma necessidade ou interesse”. É realizada e pautada em determinados

acontecimentos, a partir dos quais houve redirecionamentos históricos fundamentais para o Brasil, destacando-se neste texto, momentos que alteraram as bases estruturais autoritárias, em prol da (re)construção da cidadania e, sobretudo da democracia. Logo, o marco histórico de base será o processo de redemocratização brasileira, mais precisamente, a partir de 1978, quando os movimentos sociais ganham força e nele surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, transformado em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que é o principal impulsionador da reforma psiquiátrica brasileira antimanicomial, que redireciona o paradigma e a assistência em saúde mental. A Constituição Federal de 1988, coroa todo o processo redemocratizante, institucionalizando a Seguridade Social e nela o Sistema Único de Saúde, que tem como um de seus capítulos a reforma psiquiátrica.

Objetiva-se com o presente artigo, a partir da análise institucional, caracterizar histórica e institucionalmente o Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu, um hospital psiquiátrico/manicômio, equipamento central na urgência e emergência em saúde mental do contexto piauiense, pautando-se em revisão de literatura, a partir de livros, artigos, dissertações, monografias e congêneres. Usou-se também análise documental, legislações (leis, portarias e outros); regimentos, relatórios do Serviço Social; livros de registros; análises institucionais produzidas por estagiárias que passaram pela instituição. Para tanto, este artigo está estruturado, primeiramente, na contextualização institucional do exercício profissional. Em seguida, nas demandas e “recorrências” que preponderam nas ações das assistentes sociais. Ressalta-se que o trabalho é subproduto da pesquisa com participação de assistentes sociais na atenção à crise em saúde mental, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob CAAE: 66701822.8.0000.5214.

Com este texto, espera-se contribuir para o debate sobre o Serviço Social na reforma psiquiátrica, a partir do projeto ético- político do Serviço Social, especialmente, no que diz respeito à mudança da cultura profissional de pouco documentar, sistematizar e até planejar, apesar de produzir muitas ferramentas para tanto. Retoma a importância da construção da análise institucional como uma técnica, com intenso teor político, como constitutiva do exercício profissional no cotidiano de trabalho. Também traz elementos para repensar as concepções e intervenções de assistentes sociais situados nos manicômios que, como a maioria dos hospitais brasileiros, concentram um número significativo desses profissionais, diferente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que ou não têm assistente social ou contam com apenas um.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Trajetória Institucional do Hospital Areolino de Abreu: Persistências e mudanças

O hospital psiquiátrico/manicômio é um cenário histórico da inserção de assistentes sociais na saúde mental no contexto brasileiro, desde a década de 1940, como analisa Vasconcelos (2000), em que a “trama social e política” (SOUZA, 1984) do trabalho coletivo em saúde se desenvolve sob a hegemonia do saber-poder médico. Mas é uma das instituições médicas com uma particularidade bem singularizada historicamente, como uma das “instituições totais”, que fecham seus usuários na lógica organizacional (GOFFMAN, 1992). Seu objeto é pouco disputado, pois o louco e a loucura, apropriados pelos saberes biomédicos a partir da sociedade moderna, endereçaram a ela, com exclusividade, esse público, que foi incorporado culturalmente na máxima “lugar de louco é no hospício”. Território difícil de ser desconstruído pela introjeção da cultura manicomial, que se expressa e se reproduz em relações que extrapolam as estruturas arquitetônicas do manicômio, sendo incorporadas pela reprodução da discriminação, do preconceito, da marginalização, pois as “ideias dominantes de uma época nunca passaram das ideias das classes dominantes” (MARX; ENGELS, 2001, p. 83).

A reforma psiquiátrica, na perspectiva antimanicomial, incluiu o manicômio e toda sua cultura no jogo das disputas políticas e sociais, em prol da transformação.

Um apoio externo importante para tanto foi a condenação dos manicômios, a partir de quatro eixos: ético-jurídico; clínico; institucional e sanitário, em Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, evento patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, realizado no período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

Nesse diapasão, no Brasil, várias ações concomitantes foram empreendidas. A extinção do manicômio ocorreu, via legal, através da luta que culminou com a tramitação de um projeto de lei que, após muitas negociações, materializou-se na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004). Com a conquista de internação como “último recurso”, não mais o primeiro, a luta política deslocou-se para padrões mínimos de qualidade assistencial dos manicômios, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH-psiquiatria que mudou o perfil desse equipamento no País. “Ao fim de 2020, 69% dos leitos SUS de psiquiatria estão localizados em hospitais com até 160 leitos” (DESINSTITUTE, 2021, p.45).

Ainda, os gestores buscaram deslocar as internações integrais em saúde mental dos manicômios para hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial, sobretudo Caps III, o que tem se mostrado um desafio hercúleo, tanto pelas dificuldades da assunção da atenção à crise em saúde mental ser assumida como uma questão de saúde em geral, quanto pelo sucateamento dos serviços públicos do SUS e baixo investimento na expansão de Caps III. Também importante foi a definição estabelecida na Lei nº 10.216/2001, de três tipos de internações, voluntária, involuntária e compulsória, que assegura a cidadania da pessoa com transtorno mental.

Mas há muito que se caminhar. A Portaria nº 251/2002 do Ministério da Saúde define hospital psiquiátrico como “aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação” (BRASIL, 2004, p. 121). A definição do que seja um hospital especializado em psiquiatria é tautológica. Dois aspectos inconsistentes a denotam: 1) especializado pela particularidade de sua clientela “psiquiátrica”; e 2) modalidade de resposta, “regime de internação”, parâmetros genéricos e que em nada contribui para bem caracterizar esse serviço e exigir qualidade assistencial mínima.

Uma internação em saúde mental é algo muito complexo e tende de antemão a violar direitos humanos, pois muitas pessoas em contexto de crise são internadas contra sua vontade, até por que não se reconhecem como enfermas. Pode redundar em questões, inclusive, jurídicas, como curatela e interdições judiciais. Ademais, uma internação em um equipamento manicomial tende, a priori, a produzir estigma, configurando um selo de “periculosidade”, sendo marco na carreira moral dos seus internos (GOFFMAN, 1992), que se inicia com direitos preservados, culminando com a mortificação do “eu”.

Desde sua gênese, a implementação da assistência psiquiátrica no Piauí, um estado nordestino, acompanhou a tendência nacional, até pela dependência histórica do Estado em relação ao repasse de verbas do governo federal. Nessas condições, adotou o modelo hospiciocêntrico no bojo das medidas de enfrentamento à questão social, centralizado na capital, Teresina, através da criação do Asilo de Alienados em 1907, transformado em Hospital Areolino de Abreu (HAA), a partir da década de 1940, persistindo sob gestão do governo estadual (ROSA, 2003).

Em reforço à perspectiva manicomializante, em 1954, é criado um serviço de natureza privada, o Sanatório Meduna, que tem por base econômica principal os leitos contratados pelo sistema público de saúde. Entretanto, toda assistência psiquiátrica estadual teve por epicentro político e assistencial o Hospital Areolino de Abreu, e até 2009 cedeu servidoras como coordenadora/gerente de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI,

tendendo, assim, a dar o tom da direção política das ações no campo para o Piauí (SOUSA; ROSA; NASCIMENTO, 2020.).

Na sua trajetória histórica, o HAA passou por várias mudanças assistenciais, na perspectiva de melhorias na qualidade e ampliação dos serviços prestados, tais como, na década de 1960, a criação do ambulatório e do Hospital Dia. Na década de 1990, é criado no ambulatório um atendimento voltado ao público infantojuvenil. Em 1997, é inaugurado, como seu anexo, o Instituto de Psiquiatria Martinelli Cavalca, depois metamorfoseado em Capsi Dr. Martinelli Cavalca, ganhando crescentemente dimensões de um complexo hospitalar, abrigando a Residência de Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí até os anos 2000. Historicamente configura-se como campo de estágio de várias profissões e instituições de ensino médio e superior (ROSA, 2003.).

Com o processo de reforma psiquiátrica antimanicomial vigente no Brasil como política pública desde 1990, o Piauí, ingressa nesse cenário tardiamente, em função de resistências ao processo por parte dos gestores locais, assim como de profissionais, sob a influência da Associação de Psiquiatria do Piauí e parca penetração do ideário antimanicomial entre usuários.

Nesse cenário, os principais atores políticos do processo de reforma psiquiátrica piauiense são: o Ministério da Saúde, com sua política indutora de mudanças assistenciais; o Ministério Público, através do acionamento dos Termos de Ajustamento de Condutas – TAC; a gerência estadual de saúde mental que, a partir de 2005, cria um plano estadual de saúde mental baseado nos princípios da reforma psiquiátrica e investe na criação e expansão de Centros de Atenção Psicossocial – Caps, por todo o Piauí, e a Âncora, associação de usuários e familiares, que luta pela qualidade assistencial e inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

Mas o Piauí é incorporado ao processo, primeiramente, através das avaliações dos dois hospitais psiquiátricos locais –via PNASH-psiquiatria, quando ocorre (re)composição de equipes multiprofissionais e redução no número de leitos, ficando o Sanatório Meduna com 200 leitos e o HAA, com 160. Em 2010, o Sanatório Meduna encerra suas atividades (OLIVEIRA, 2011) e, sobretudo, o gestor da capital é pressionado a criar uma rede de serviços diversificada.

Santos (2022) apresentou a seguinte composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Piauí: Atenção básica: 1.071 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em 224 municípios; Atenção Psicossocial Especializada: 67 Caps e 10 unidades integradas de saúde com ambulatório de psiquiatria em Teresina; Atenção de Urgência e

Emergência: 160 leitos no HAA e 85 bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Atenção Residencial de caráter transitório ( 01 unidade de acolhimento em Floriano municipal; 30 comunidades terapêuticas; 01 unidade de acolhimento adulto em Floriano, municipal; Atenção Hospitalar – 31 leitos de atenção psicossocial em hospital geral, 10 leitos em Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras drogas, 08 leitos na Maternidade Dona Evangelina Rosa, 09 leitos em saúde mental na Casa de Saúde e Maternidade São José, em São Raimundo Nonato e 04 leitos de saúde mental no Hospital Mariana Pires, em Paulistana; Estratégias de Desinstitucionalização: 06 Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo 05 em Teresina, 04 de gestão estadual e 01 de gestão municipal, 01 em União de gestão municipal.

Os hospitais psiquiátricos, normativamente, perdem poder com a sua exclusão da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, institucionalizada via Portaria nº 3.088/2011.

Mas, com uma nova conjuntura política e assistencial contrarreformista, estabelecida pós 2016, há uma reversão nesse processo, materializado na Portaria MS nº 3.588/17 (DESINSTITUTE, 2021), que fortalece, destina recursos financeiros e inclui as Comunidades Terapêuticas e os manicômios/hospitais psiquiátricos na RAPS.

Apesar do reforço do valor das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH, observa-se que o HAA se encontra extremamente precarizado e sucateado. O seu ambulatório reduziu o número de psiquiatras, de 14 para 2 e conta com apenas 5 psicólogos. Seu regimento interno encontra-se caduco, datado de 1985. Se houve majoração no valor da diária hospitalar (Autorização de Internação Hospitalar – AIH), não se percebe correspondência disso em termos de melhorias decorrentes desse fato na infraestrutura hospitalar, nem na atenção assistencial até 2022, o que foi agravado pelo contexto pandêmico da COVID-19 e no pós- vacinação. Em torno de 2019, houve centralização da gestão dos recursos financeiros do HAA na Secretaria de Estado da Saúde do Estado – SESAPI, o que retirou a autonomia do/a dirigente. O serviço perdeu, em 2021 (MEMO nº 010/GAB/HAA), uma fonte de custeio alternativa, os leitos particulares, com a criação do Instituto Volta Vida – IVV - um hospital psiquiátrico privado. Assim, seus leitos passaram a ser 100% SUS. Vale lembrar que, apesar do SUS ser universal, o perfil dominante dos seus usuários (61,9%) é do sexo feminino e 51,9% são negros, (BARATA, 2008), predominando os pobres. Com certeza, pode se afirmar que, no HAA, mais de 95% dos usuários com internação integral são pobres, não brancos e com baixo nível de escolaridade.

Logo, as manifestações da questão social a atravessam, a priori: “é o louco pobre” que é seu principal objeto/sujeito/corpo de intervenção. Ressalta-se que na gênese da psiquiatria,

Castel (1978) chama a atenção que o manicômio/asilo é destinado ao louco pobre ou empobrecidos, especialmente os sem família. Também a atenção médica inclina-se a ser diferenciada, conforme critérios de classe social, tendendo a oferecer aos pobres um tratamento mais rápido, baseado em internações e medicalização. Enquanto para segmentos mais abastados, uma ação baseada na escuta, no estímulo da fala, portanto, mais prolongado, dispendioso, porém, preservador da autonomia e da liberdade.

A hegemonia do saber-poder médico é incontestável no HAA até pelo perfil de seus dirigentes, todos homens e da profissão médica até 2003, quando mulheres da enfermagem passam a dirigir o equipamento que, a partir de 2011, retorna aos médicos até 2022.

Em 2 de janeiro de 2023, Maria Aparecida Oliveira Moura Santiago, assistente social e ex-vereadora de Teresina, passa a dirigir o HAA; com certeza, um marco para a profissão. Vislumbra-se perspectivas de mudanças, a partir de *survey* realizado junto a servidores.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia do trabalho foi tomada como uma etapa dinâmica que pressupôs a contínua problematização e atualização do referencial teórico adotado, compreendendo-se que esta ocupa lugar central no interior do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social de mundo, veiculada na teoria, constituindo-se o “caminho do pensamento”, segundo Habermas (1987), citado por Minayo (2008).

Nesse contexto, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, pois se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais densos, descrevendo a complexidade dos processos sociais (MINAYO, 2008) que, no caso, se condensaram no cotidiano do Hospital Areolino de Abreu.

O estudo baseou-se no método histórico dialético de Marx, visto que propõe “a compreensão com o todo, e a interioridade e a exterioridade como constitutivos dos fenômenos” (MINAYO, 2002, p. 24). O método foi utilizado na pesquisa, haja vista que esta é fundamentada em uma análise institucional, análise de conjuntura e no projeto ético político, caracterizando-se histórica e institucionalmente o Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu, o jogo de forças e a dialética existente entre as relações nesse hospital psiquiátrico.

Além disso, empregou-se a revisão de literatura, a partir de livros, artigos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações, adotando-se a pesquisa bibliográfica, estudo sistematizado desenvolvido a partir de materiais disponíveis acerca do tema pesquisado, estando acessíveis para o público em geral, e sendo suporte analítico para outras pesquisas (GIL, 2002).

Quanto à análise documental, essa foi realizada com base em legislações (leis, portarias e outros); regimentos, relatórios do Serviço Social; livros de registros e análises institucionais, ressaltando que esses se constituíram de grande valor contributivo para o desenvolvimento do estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 O Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu sob a égide do Projeto Ético Político

O setor de Serviço Social do Hospital Areolino de Abreu foi criado em 1962, como demanda médica por informações sociais da pessoa com transtorno mental e de sua família (VERAS; MOREIRA, 1997). Chega em 1970 a contar com quatro profissionais, atuando com ações voltadas para mediações entre usuários, família, instituição e a comunidade.

Na década de 1980, passa a integrar a equipe de plantão e admissão 24 horas, criada a partir de um plantão médico e de serviço de enfermagem datada de 1971 (SANTOS, 2014).

Na mesma década, o Serviço Social tem seu número ampliado para mais de 10 profissionais, o que oscila historicamente até 14, contando atualmente com 13 assistentes sociais, todas mulheres, a maioria concursada, com título de especialização na saúde mental e congêneres, majoritariamente tendo o HAA como único vínculo trabalhista, com 30 horas de trabalho semanal e formadas sob a hegemonia das Diretrizes Curriculares.

Algumas dessas assistentes sociais participam(ram) ativamente de processos reformistas locais: a) respondem pelo serviço social de alguns Caps; b) fazem parte dos processos de desinstitucionalização, através da criação e gestão de residências terapêuticas; c) compõem equipes de desinstitucionalização, voltada para a pessoa em conflito com a lei; d) contribuíram na criação e ações da Âncora, associação de usuários e familiares; e) assumiram a gerência estadual de saúde mental (ROSA *et al.*, 2023).

A reforma psiquiátrica, assim como a prática profissional e institucional, apenas se concretiza mediada pelas ações de pessoas que a encarnam, que incorporam projetos de mudança ou de manutenção do *status quo*. Logo, como afirma Iamamoto (2001) cada profissional deixa sua marca pessoal no seu exercício profissional, havendo distintas leituras sobre as condutas e encaminhamentos para construir respostas às várias manifestações da questão social e projetos societários. Portanto, o pluralismo contorna o coletivo de assistentes sociais (CFESS, 2011).

Também, com certeza, a categoria interage com a diversidade no trabalho coletivo (COSTA, 2006), materializado nos tensionamentos com que se depara nas diferentes equipes que integra, tendo que dialogar com profissionais de outras profissões com diferentes perspectivas teóricas, políticas e éticas, sob a égide de relações hierarquizadas, sobretudo em contextos de agudização de quadros clínicos, quando o poder/saber médico é super convocado, como analisa Cunha (2005). Tem, muitas vezes, que argumentar e negociar constantemente acerca de seus posicionamentos e decisões sobre as distintas demandas para as quais imprime respostas dentro de dadas circunstâncias, que também pode reverberar nas interfaces/competências de outras profissões.

A carga horária das assistentes sociais no HAA é distribuída em atividades de plantonistas, no espaço do plantão, que confere o tom principal do trabalho coletivo das assistentes sociais, que Albuquerque (1980, p. 74) denomina de “práticas predominantes”, pois é o território de encontro do grupo que conta com sala privativa, em que a maioria atua e é exigida a interagir, por isso, é privilegiado na presente análise. Também em seis unidades: unidades masculinas Mariano Castelo Branco, com 40 leitos; Carlos Araújo com 40 leitos; Unidade João Marques, com 30 leitos, sendo esta última destinada a receber homens oriundos do sistema prisional, em conflito com a lei. Unidade feminina Madre Maria de Jesus com 30 leitos; 10 na Geriatria, Unidade clínica com 10 leitos, uma urgência e um ambulatório. Cada uma dessas unidades conta com uma assistente social responsável por construir respostas às demandas cotidianas.

Como pode ser observado, prepondera o binarismo, ou seja, a distribuição das pessoas com transtorno mental a partir do sexo, o que complica, quando se tem uma pessoa do segmento LGBTQIA+ internada. Também gera muito impasse a demanda de crianças e adolescentes que requisitam internação integral, pois não há espaço adequado para esse segmento, como impõe o Estatuto da Criança e do Adolescente.

A maioria dos 160 leitos, ou seja, 110 (68,7%) são destinados ao público masculino, porque a demanda majoritária e diversificada é desse segmento, em função do HAA ter voltado a atender consumidores de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, homens em conflito com a lei e homens sem suporte familiar, cenários em que preponderam, sendo intensificado no período pandêmico e pós vacinação. Dos 160 leitos, 40 (25%) são leitos “congelados”, pois abrigam, sobretudo, pessoas em internação compulsória, que dependem de decisões dos juízes.

Considerando os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2014), as assistentes sociais do/no HAA têm suas intervenções concentradas no eixo 1.

Atendimento direto aos usuários, sobretudo nas ações socioassistenciais, preponderando as abordagens individuais, relacionadas às orientações sociais, condizentes com o acesso ou a ampliação de direitos sociais. Em segundo lugar, figuram as ações socioeducativas. Em terceiro lugar, as ações de articulação com as equipes intrasetoriais e intersetoriais. Em quarto lugar, figuram as ações de assessoria, sobretudo, aos dirigentes e, formação profissional, através da supervisão de estágio.

Ações de planejamento se condensam em torno do Plano de Ação do Serviço Social do Hospital Areolino de Abreu (URGÊNCIA, INTERNAÇÃO E AMBULATÓRIO), atualizado em 2017 e, no dia a dia têm como principal expressão o livro de registro, que é um caderno, tipo ata, exclusivo do Serviço Social, que fica na sala do plantão da profissão, em que todas registram os fatos principais do cotidiano relacionados às admissões, altas, contatos, evasões, saídas, retorno e óbito,

deixam neles, notas que servem para orientar o trabalho de quem lhe sucederá no plantão; ou simplesmente anotam suas impressões; o que pensam, o que defendem ou condenam; escrevem objetivamente; se confraternizam; se condoem ou ironizam sobre situações do cotidiano do plantão. Mostram suas afinidades, bem como as divergências internas do grupo, muitas vezes nas entrelinhas da escrita (LIMA, 2008, p. 37).

Nesse caderno fica registrado o que é considerado como fundamental na interlocução entre elas, sendo a principal forma de preservação da memória e sistematização do cotidiano do Serviço Social, de diálogo, fonte principal para subsidiar o planejamento e a pesquisa entre as profissionais. É “apropriado para dar norte às suas ações” (...) “conhecer as demandas que já foram resolvidas no plantão anterior ou para anotar as demandas por resolver, e assim dar direcionamentos às próprias ações (...) “responde por um trabalho contínuo e organizado” (SANTOS, 2014, p.143).

A intervenção das assistentes sociais no plantão,

é orientada por preceitos da reforma psiquiátrica, os quais rogam por um atendimento mais humanizado e articulado à rede de serviços da comunidade, com vistas a um tratamento que favoreça o controle da crise da PcTM a partir das ações profissionais voltadas para o reforço dos laços familiares e como forma de também evitar internações desnecessárias (SANTOS, 2014, p. 141).

O território do plantão representa a porta de entrada, saída e ponto de encontro entre profissionais, mas também usuários, familiares e dirigentes.

Santos (2014, p. 149), a partir de entrevista com algumas assistentes sociais, apreende como principais demandas a partir do plantão: a **socialização de informações**,

“orientações sobre como proceder na instituição frente à situação do agravo da pessoa com transtorno mental que o acompanha, estando ele naquele momento de aflição”. O acesso à informação qualificada é pré-condição básica do exercício da cidadania. Com ela, tem-se também acolhimento, construção de vínculo e até perspectiva de se evitar uma internação integral e uma primeira internação. Ao mesmo tempo, são difundidas normas institucionais, mecanismos de construção e fortalecimento de participação social, de garantia de acesso e usufruto de direitos sociais e conhecimento da rede socioassistencial.

Outra demanda remete à **localização de familiares**, em contextos em que a pessoa com transtorno mental chegou ao serviço, em crise, mediada por policiais ou SAMU, sem qualquer acompanhante, o que é um dos principais objetivos institucionais “identificar todos os sujeitos que requerem atendimento no plantão” (SANTOS, p. 152), na perspectiva de o usuário não ocupar leitos que tendem a permanecer congelados, por tempo indeterminado.

Fazer com que os leitos “rodem”, sejam “liberados” ou tecnicamente fazer o “giro de leitos”, está relacionado ao menor tempo de permanência da pessoa em estruturas hospitalares e, sobretudo, de natureza manicomial, como preservador de vínculos territoriais, sendo um pressuposto importante da reforma psiquiátrica. Tal demanda é contraditória, pois, com a crescente precarização da rede de serviços públicos, pode redundar em uma perspectiva familista (MIOTO, 2010). Contudo, apesar da proteção social ser um dever do Estado, da sociedade e da família, no cotidiano, a primeira rede de suporte é essa última, principalmente, por ser o primeiro espaço de pertencimento, construção de vínculos e afetos.

Outras demandas, no rol das mais citadas pelas assistentes sociais, referem-se a viabilizar consultas médicas e conseguir medicamentos, ambas relacionadas à ineficácia dos Caps e, principalmente, dos atendimentos médicos, pois, no interior do Estado, é frequente a presença médica em torno de 15 a 15 dias. E reclamações “quanto ao tipo de atendimento recebido de algum profissional do plantão” (SANTOS, 2014, p. 149). A mesma autora registra ainda demandas relacionadas ao cenário de notificação da alta hospitalar quando há resistência da família em receber o usuário de volta para casa, por “insegurança familiar quanto à própria complexidade do cuidado no âmbito do lar e da continuidade de tratamento” (SANTOS, 2014, p. 156). Outras demandas remetidas ao Serviço Social são atravessadas por questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas e tentativas de suicídio, para as quais as assistentes sociais, no geral, não têm um preparo específico, sobretudo na perspectiva da redução de danos e de prevenção ao suicídio.

Lima (2008, p.35), ao buscar desmistificar a ideia de que é impossível planejar a intervenção do Serviço Social a partir do plantão do HAA, em função do serviço ser de porta

aberta e imperar a “procura/demanda espontânea”, ou seja, não programada, através de análise documental, pelos livros de registro do Serviço Social, no período entre 2001 a 2007, sistematizou a “regularidade de certas ocorrências”.

As recorrências principais a que alude Lima (2008, p. 36/39) remetem às intervenções relacionadas às pessoas trazidas pela polícia e SAMU, reafirmando a necessidade já identificada por Santos (2014) de **localização de referências familiares**, até para possibilitar a identificação do usuário, pois ter os documentos da pessoa torna-se mediação fundamental para o acesso a todos os demais direitos. Em segundo lugar, aparecem intervenções vinculadas aos usuários em internação integral e **evadidos do HAA**, o que é comum, sobretudo em contexto de internação involuntária e relacionada ao consumo de substâncias psicoativas. No ranking construído na 5ª e 6ª posição relaciona a família, “Família que renega o evadido, e o entrega de volta ao hospital” e “família que procura o Serviço Social para reclamação de maus tratos a pacientes dentro dos pavilhões”. No primeiro sentido, a família aparece na conotação familista, de “renegar”, sem que a complexidade do cuidado doméstico seja convocada. Contraditoriamente, na segunda “recorrência”, a família aparece na sua dimensão positiva, como uma protagonista, agente que busca preservar os direitos da pessoa com transtorno mental, ao reclamar dos maus tratos, de forma a ter o direito a um cuidado humanizado e seguro.

Na classificação de ocorrências por regularidade, ainda aparecem questões relacionadas a intervenções em contexto de óbito, situações passadas de um plantão para o outro; registros de indignação diante de dificuldades e limitações da prática do Serviço Social na instituição; dificuldades de comunicação com a família; saída de pacientes para final de semana; procura por pessoas desaparecidas; intervenções relacionadas à saúde orgânica do usuário e problemas com pessoas em conflito com a lei.

Mas outras demandas figuram latentes, sobretudo aquelas advindas da direção do HAA e do próprio Ministério da Saúde, com seus critérios, nem sempre justos e adequados às necessidades hospitalares de faturamento, de fazer “girar o leito”.

Outra fonte originária de demandas é a própria equipe, que em muitas circunstâncias remete para o Serviço Social “demandas indevidas”, que mesmo reconhecidamente não sendo atribuição da profissão, pela própria diluição, extensão e imprecisão (COSTA, 2006) do que seja o social, acabam sendo remetidas ao Serviço Social.

Ainda há as demandas relacionadas à fragilidade da rede **socioassistencial**, de pessoas em situação de rua e de mulheres sob violência doméstica. Destarte, o HAA é uma

caixa de ressonância, sendo necessário também registrar essas situações, para quantificá-la e dar visibilidade para os gestores das políticas públicas e da sociedade em geral.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que, apesar dos poucos registros do cotidiano de trabalho através do Livro de Registro, mesmo assim, a riqueza do exercício profissional no HAA é decifrada, não apenas nos procedimentos e técnicas, mas também na sinalização de escrita que denota indignações, repúdios, denúncias que limitam o exercício profissional, sinalizando para a preponderância das dimensões ético-políticas associadas às dimensões, sobretudo técnico-instrumentais. A dimensão teórico-metodológica ficou subsumida a essas duas dimensões, merecendo maiores explorações.

A revisão de literatura mostrou mais uma vez a importância dos estágios e das pesquisas produzidas pelas Instituições de Ensino Superior, que recuperam o cotidiano do exercício profissional e devolvem na forma de monografias, subsídios para o (re)pensar o projeto ético-político no contexto manicomial.

Apesar de apenas dois trabalhos serem privilegiados na análise, foi possível observar que a entrevista com as assistentes sociais de um lado, e a análise documental, a partir do livro de registro, permitiram ampliação de ângulos de leitura distintos e complementares, na direção da aproximação da totalidade social.

Com certeza, considera-se que a riqueza e a complexidade da intervenção do Serviço Social do/no HAA está apenas iniciando, apesar de já se contar com uma produção mínima disponível e de qualidade. O fato de ser um equipamento condenado por todas as violações históricas que lhe são estruturalmente associadas, não impede as assistentes sociais de resistirem e de continuarem na luta pela defesa intransigente dos direitos humanos e por um Serviço Social potente, que possa fazer a diferença.

Sob o imperativo do projeto ético-político do Serviço Social, é fundamental reconstituir a complexidade dos fenômenos sociais e da realidade. Há que se postular e lutar por uma cidadania plena, robusta, pautada não apenas na liberdade, mas, sobretudo na intersectorialidade, pois a saúde sozinha não dá conta da complexidade das necessidades humanas. A sua satisfação não depende somente do empenho do Serviço Social, estando circunscrita a um conjunto de determinantes estruturais e históricos, internos e externos à instituição, inscritos nos campos econômico, cultural, social e político.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- BARATA, R. B. Acesso e uso de serviço de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n.2, p. 19-29, jul./dez, 2008.
- BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSTA, M. D. H. O Trabalho Nos Serviços De Saúde E A Inserção Dos(As) Assistentes Sociais. In: MOTA, A.E. *et al.*, **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 304-351.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de saúde**. Brasília: CFESS, 2014.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: {s.n.}, 2021.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: 2 ed, Editora Atlas. 2002.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- LIMA, M.E. C. **Fuga do hospício no século XXI: A prática da assistente social no plantão de urgência do Hospital Areolino de Abreu**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Curso de Serviço Social. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2008.
- MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 18- 29.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L.A.B. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 51-66.

OLIVEIRA, E. **A incrível história de von Meduna e a filha do sol do Equador**. Teresina: Oficina da Palavra, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Milão: OPS, 1990.

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

ROSA, L. C. S. *et al.* Participação das assistentes sociais do Hospital Areolino de Abreu no processo reformista em saúde mental piauiense. In: AUGUSTO, D. L. L.; GUILHERME, W. D.; FREITAS, P. G. (org.). **Pesquisas integradas em ciências humanas e sociais**. Rio de Janeiro: E-publicar, 2023. p. 361-375.

SAMPAIO, S. S.; OLIVEIRA, R. Análise institucional ontem e hoje: indicações pertinentes ao fazer profissional. **Sociedade em Debate**, 20(2): 119-144, 2014.

SANTOS, C. M. M. **O processo de trabalho do assistente social no plantão do Hospital Areolino de Abreu e suas implicações para a cidadania da pessoa com transtorno mental**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2014.

SANTOS, M. F. M. P. 2022. **Os processos de trabalho das(os) assistentes sociais na política de saúde mental: uma análise nos Centros de Atenção psicossocial do estado do Piauí**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2022.

SOUSA, L. E. N.; ROSA, L. C. S.; NASCIMENTO, G. M. **Gestão da Saúde Mental no Piauí: da assistência psiquiátrica à Rede de Atenção Psicossocial**. Teresina: EDUFPI, 2020.

SOUZA, H. J. **Análise de conjuntura**. 27<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VERAS, A. M. R. C; MOREIRA, M. R. M. **A prática do Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu – esboço de um resgate histórico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Curso de Serviço Social. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 1997.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

ROSA, L. C. S; SILVA, S. L. C; SOARES, F. M; LIMA, M. J. G O Serviço Social no Contexto Manicomial a Partir de uma Análise Institucional. **Rev. FSA**, Teresina, v. 21, n. 1, art. 10, p. 169-186, jan. 2024.

<b>Contribuição dos Autores</b>	<b>L. C. S. Rosa</b>	<b>S. L. C. Silva</b>	<b>F. M. Soares</b>	<b>M. J. G. Lima</b>
1) concepção e planejamento.	X	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X