

## CONFERÊNCIAS

### SERVIÇO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

RENÉ RIBEIRO \*

Compreenderemos melhor porque o psiquiatra veio solicitar a colaboração do assistente social, se nos permitirmos rápido retrospecto de algumas das fases evolutivas da psiquiatria, realçando quanto esta depende de um melhor conhecimento do meio social e apontando quais as disciplinas que lhe serão hoje de maior valia para a reinterpretação de seus conceitos.

Era natural que a psiquiatria não deixasse de acompanhar a evolução que se tem processado no campo das várias ciências. As diversas noções sobre os fatores de doença mental, o papel deste no desencadeamento e na configuração clínica das várias psicoses e psiconeuroses (ou das potencialidades a êstes e a outros modos de reação, catalogados como predisposições e personalidades psicopáticas), as próprias atitudes, bem como a conduta do médico psiquiatra ante o doente mental, a introdução de processos terapêuticos e de métodos assistenciais mais evoluídos, vemos hoje quanto ficaram a dever às progressivas aquisições realizadas no domínio das ciências físicas, biológicas e sociais. Não nos parece estranho, conseqüentemente, que ao constitucionalismo haja sucedido a apreciação das causas exógenas e que se viesse a considerá-las capazes de, por si sós ou reunidas a fatores nitidamente constitucionais, perturbarem o equilíbrio psíquico do indivíduo e desviarem a sua conduta dos padrões aceitos. E isso, precisamente na época em que a patologia geral se via compelida a grandes revisões provocadas pela descoberta dos microorganismos e pelo melhor conhecimento do processo íntimo das infecções. Já foi um grande passo. Bem posteriormente, a análise do jôgo dinâmico entre os componentes endógenos e exógenos da personalidade humana, a idéia sempre presente aos investigadores modernos de que o homem se forma e existe dentro dos vários grupos que compõem uma sociedade (primários e secundários) e vinculado estreitamente à cultura na qual surgiu — embora a nossa psiquiatria atual ainda seja uma compreensão da conduta patológica de acôrdo com a cultura ocidental — tornaram mais claras as ações dos fatores sociais e culturais na sua estruturação e no modelamento do próprio eu. Era outro passo, agora já devido à psicologia e, secundariamente, à sociologia e à antropologia cultural.

O papel dos elementos sociais e culturais merece realce, quer na compreensão do indivíduo normal — tanto a sua conduta explícita, quanto os seus hábitos, atitudes e ideais — quer do anormal, franca ou discretamente anormal.

#### O NORMAL E O ANORMAL

Acontece, porém, que o critério de normalidade, usualmente aplicado por nós, não sòmente é unilateral, como até arbitrário. Admitida mesmo a maior

---

Conferência proferida no Curso de Extensão Universitária sobre Neurologia e Psiquiatria, realizado pela Fac. Med. da Bahia em junho 1945.

\* Docente-livre de Clínica Psiquiátrica na Fac. Med. do Recife.

tolerância, éle impõe como medida a maior ou menor conformação — dentro, naturalmente, de determinados limites extremos — com o que se aceita, em nossa sociedade e em nossa cultura particulares, como habitual, comum, mais freqüente, sem realmente aferir que seja o melhor para o grupo ou a sociedade.

Comparando as imposições desta cultura e desta sociedade com as de sociedades e culturas diversas, veremos — como no caso dos povos chamados primitivos — tolerância e até mesmo exaltação de manifestações e de modos de conduta considerados, entre nós, como anormais. Olha-se ali com naturalidade e plena aceitação o que rotulamos de fobias, temas delirantes, transformações da personalidade, estados de agitação ou de depressão, enquanto várias das nossas reações normais, inclusive algumas de inspiração ética, são consideradas indesejáveis. Fenômeno similar, embora muito atenuado, sucede dentro de uma mesma sociedade com os modos de conduta sancionados ou reprovados pelos diversos grupos que a compõem e até segundo os vários momentos da vida dessa sociedade.

De outro lado, é patente ao psiquiatra experimentado a fragilidade de muitas das construções nosográficas atuais, especialmente no domínio das psicoses afetivas e dissociativas. As formas de início das várias psicopatias levam à confusão entre neuroses e psicoses ou entre várias destas últimas. A configuração de quadros mentais de etiologia vária reune em comum, freqüentemente, manifestações consideradas próprias tão só a um dos julgados em causa ou então a outros totalmente afastados. Essa comprovação levou Birnbaum a elaborar o conceito de *patoplastia*: *patoplásticos* seriam os sintomas que resultassem indiretamente da ação dos fatores patogênicos, representando uma reação da personalidade ao ataque das suas atividades e estruturas fundamentais.

Uma análise do indivíduo psicótico de inspiração simbólico-interacionista, permitirá verificar que éle continua assim mesmo a reagir à sua cultura e à ordem em que vive, embora repelindo os modos aceitos e esperados, substituindo-os por outros, seus, que são considerados bizarros e inaceitáveis — reação que sempre representa alguma espécie de adaptação (Kimball Young). Ainda mais, aquelas identidades desconcertantes têm raiz evidente na semelhança de aprendizado pessoal-social e cultural e na trama de interações próximas que os indivíduos mantêm uns com os outros quando pertencem à mesma sociedade.

Pesquisas que se realizam nos pontos de confluência da psiquiatria com a psicologia social, a sociologia, a antropologia cultural e o serviço social, o conseqüente esclarecimento de conceitos e a interpretação de novos dados sôbre a conduta humana, abrem promissoras perspectivas de colaboração entre estas ciências, e de renovação para a psiquiatria. O abandono da sistemática kraepeliniana é uma conseqüência já à vista. A psiquiatria social é outro desenvolvimento recente e da maior transcendência.

#### DESAJUSTAMENTO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Embra o maior respeito votado pelos psiquiatras aos fatores externos tivesse imposto o reconhecimento da importância da adaptação ao meio social, só a elaboração do conceito de ajustamento e desajustamento social, de inspiração sociológica, levou à compreensão do doente mental como um desajustado. e da doença mental, fundamentalmente, como um desajustamento social. Naturalmente que as participações constitucional, psicológico-social e cultural tiveram o respeito devido, uma vez que a procedência das várias causas dos desajustamentos, analisados os casos individuais, pôde ser entrevista ou perfeitamente explicada.

Contemporaneamente, o estudo científico da sociedade e dos processos sociais — mercê do amplo desenvolvimento e aplicação dos métodos da moderna sociologia — a aceitação do conceito de mudança social e do papel que aí pode o homem desempenhar, tiveram saliência na transformação das várias atitudes de inspiração filantrópica e humanitária. Veio substituí-las um esforço ordenado e cientificamente pautado de ajustamento do homem ao meio social e de criação de condições ambientes mais favoráveis a êsse ajustamento e ao bem estar do indivíduo, que se denomina de serviço social. Dentre as tarefas que tal atividade comporta, algumas se orientam principalmente para uma intervenção ampla nas condições sociais que se opõem à plena realização do indivíduo e, de um modo geral, em melhorar a sociedade; outras dizem respeito mais de perto ao indivíduo, embora se centralizem nas relações dos indivíduos quando participam de grupos secundários (de recreio, de atividade cívica ou educacional espontâneas, de discussão, etc.) procurando proporcionar-lhes tais oportunidades, reconhecido o aperfeiçoamento que resulta da multiplicação de interações, base da função socializadora da vida em comunidade; finalmente, uma terceira divisão do trabalho social — aquela que reúne os seus processos e métodos mais originais e distintos, que são os do caso social — focaliza principalmente o indivíduo, procurando “desenvolver tanto as capacidades quanto as oportunidades para uma vida pessoalmente satisfatória e socialmente útil” (Florence Day).

É preciso, porém, frisar que, de modo nenhum, essas formas de atividade, mesmo quando se exercem no campo médico ou até quando se especializam em serviço social do tuberculoso, alienado, etc., constituem uma forma de atividade do médico geral ou especializado. Elas são supletivas da ação destes e todo o seu sentido é orientado do ponto de vista social, em vez do biológico ou psicológico, e suas técnicas diferem essencialmente daquelas comuns à prática médica.

#### SERVIÇO SOCIAL MÉDICO E SERVIÇO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

As técnicas aperfeiçoadas pelo serviço social estão constituindo, para a sociologia, na opinião de Mac Iver, o que a arte médica representa para a medicina. E era lógico que uma intervenção tão ampla quanto a do assistente social, não esquecesse, como já vimos, os problemas provocados pela doença, especialmente pela doença mental. Já em 1905 três instituições hospitalares, hoje tradicionais, começaram a utilizar trabalhadores sociais — o Massachusetts General Hospital (Boston), o Bellevue Hospital (New York) e o Johns Hopkins Hospital (Baltimore) — enquanto no ano seguinte o Manhattan State Hospital (New York) empregava o primeiro assistente social especializado em psiquiatria.

É bem verdade que a colaboração emprestada então ao médico dizia respeito mais de perto à solução dos problemas econômicos dos doentes e das suas famílias, à colheita de dados para confronto com a anamnese, à transferência de certos casos para outras instituições, à aceitação do paciente mal remido por parte dos familiares, à contribuição de tratamentos de consolidação nos ambulatórios ou à recondução dos faltosos aos dispensários. Quase tudo sucede nos países onde ainda não se desenvolveu nem difundiu o serviço social e de que se queixava recentemente com amargura a sra. Luz Tocornal de Romero.

A função atual do assistente social no campo da psiquiatria é o emprêgo dos métodos do caso social no “estudo e tratamento das pessoas — adultas e crianças — cujos desajustamentos pessoais e sociais são provocados principalmente por problemas de saúde mental. Tais problemas incluem doen-

ças e defeitos mentais e várias perturbações emocionais reveladas, ou por uma conduta anti-social, ou por uma acentuada incapacidade para satisfazer às exigências comuns da vida social" (Lois Meredith French). Inspiram essa função os mesmos princípios que hoje regem o caso social em geral: 1) respeito profundo pela personalidade do indivíduo e reconhecimento da sua capacidade de autodireção — o que levou o assistente social a tentar liberar as fontes de energia e autodeterminação do assistido; 2) o conflito entre as necessidades básicas e os impulsos interiores do indivíduo, de um lado, e as restrições e imposições do ambiente social, gerando crescente angústia, temor e outras repercussões igualmente menos desejáveis que perturbam e desviam os esforços de adaptação socialmente aceitáveis — verificação que inspira utilizar-se a relação assistido-assistente como uma ocasião de libertação e oportunidade para encorajar os esforços adaptivos incipientes; 3) o aperfeiçoamento do indivíduo é restrito às suas potencialidades — daí o papel do assistente como de utilidade limitada a um apóio capaz de permitir o livre exercício pelo cliente das próprias iniciativas e responsabilidades na solução dos seus problemas.

A antiga tendência para antecipar-se ao cliente, determinando o que é melhor para êle, cedeu lugar a uma nova orientação que impõe ao assistente social acompanhar o gradativo reconhecimento, pelo cliente, das suas próprias necessidades, descobrir o momento em que êle está apto a aceitar ajuda ou aquela ocasião em que êle se dispõe a empregar as próprias energias para melhorar a sua situação.

#### FUNÇÕES E CAMPOS DO SERVIÇO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

Com o advento do serviço social ficou, portanto, o doente mental, beneficiado com as técnicas da terapêutica psiquiátrica e com o tratamento social. Todos percebemos a importância dêsse passo, porque estávamos habituados, no hospital, nos ambulatórios, nas casas de saúde e na clínica privada, a nos conformarmos forçosamente com a mínima intervenção que nos era possível junto à família, ao grupo de trabalho e à sociedade em favor do nosso doente. Uma interferência que se impõe a qualquer psiquiatra que tenha percebido tôda ou parte da influência social e cultural na modificação do surto psicótico, na recaída, no problema de conduta irredutível e na explicação das remissões bruscas que o simples internamento às vezes provoca. A primitiva limitação do psiquiatra, portanto, ficou sanada com a colaboração que lhe pôde prestar o assistente social.

Freqüentemente, esta colaboração não fica restringida a uma intervenção junto aos familiares, companheiros e patrões. Ela se exerce dentro do próprio hospital no preparo do doente para aceitação da psicoterapia; no planejamento e orientação da terapêutica pela ocupação; no despertar-lhe interesse pela ludoterapia; no fazer o convalescente reconhecer as limitações que lhe impõe algum defeito subjacente; no melhor esclarecimento de experiências traumáticas responsáveis por sintomas ou interpretações delirantes cuja explicação o psiquiatra não encontrou ou apenas entreviu, ao estudar o doente psicótico; no encorajar a reeducação motora e sensorial; na escolha de atividades úteis em substituição à ocupação anterior; na orientação e supervisão dos primeiros contactos com a família — etapa inicial para a alta. Mesmo aquela intervenção junto aos familiares não procura tão somente interpretar o paciente, especialmente aquêle incompletamente remitido, para facilitar a sua aceitação. Ela pode levar o assistente social a ocupar-se de outros desajustados descobertos no meio familiar ou a prepará-los e encaminhá-los para obras especializadas em outros ramos do serviço social ou para tratamento psiquiátrico; a induzir os vários componentes do grupo familiar — quando

fôr o caso — a reconhecerem o seu papel no desencadeamento (e às vezes na gênese) das perturbações mentais do doente atual, a procurarem assumir uma atitude construtiva e a procederem em obediência aos princípios da higiene mental.

Isso, sem falar na intervenção do assistente social para solucionar problemas mais concretos. Dentre êstes, podem ser destacados: a supressão das fontes de renda em virtude do internamento do chefe da família; a direção da casa e a supervisão dos filhos quando foi a espôsa quem adoeceu; a salubridade e a convivência social do bairro decadente; as questões de transporte e assiduidade quando impõe-se a frequência do doente a um ambulatório; o regime alimentar; o orçamento doméstico; a saúde física dos vários membros da família e a escolaridade dos filhos do casal; a escolha de novo emprêgo pelo doente que volta ao lar ou sua aceitação naquele que exercia anteriormente; a obtenção das vantagens do seguro social a que tiver direito.

Nos vários campos do serviço social psiquiátrico, excluídos o hospital, o ambulatório ou a colônia para crônicos, ocorrem problemas de natureza psicológica e econômica em que a ação do assistente social corrobora a do psiquiatra; as variadas atitudes dos pais e familiares dos meninos-problema e a interpretação, para êstes, dos esforços que estão sendo feitos na clínica de ortofrenia escolar ou na clínica de conduta do juizado; a aceitação, por êstes, do regime de colocação familiar e o próprio trabalho de recondicionamento do lar indesejável para aceitar o menor egresso do reformatório ou o detento em liberdade vigiada; a interpretação para os pais das limitações do filho débil mental e do esforço educativo que se vem procedendo na escola para anormais; a seleção do grupo de que deve participar o adulto neurótico ou o menor inferiorizado, e o trabalho de casos contemporaneamente à experimentação com a participação em grupos a que se submeteu o cliente, e muitas outras mais. Para estas e outras tarefas pode o assistente social socorrer-se da cooperação das demais obras de assistência existentes na comunidade, transferindo a outros assistentes parte das tarefas que digam respeito mais de perto às especializações do serviço social ali praticadas. Mas, nessa alternativa, êle é levado a delimitar junto àqueles as suas próprias funções e a fornecer-lhes as indicações indispensáveis para que possam ser prestados os mais efetivos e adequados serviços ao cliente.

O assistente social tem seu campo de ação estendido às seguintes instituições: o hospital fechado, as colônias de crônicos, os hospitais abertos, os serviços de assistência heterofamiliar, os ambulatórios (psicoses e psiconeuroses graves), as clínicas de higiene mental, os serviços de ortofrenia e higiene mental escolares (psicoseuroses e outros problemas emocionais), as escolas para anormais, as clínicas de conduta infantil, reformatórios, penitenciárias (débeis mentais e problemas do caráter) ou em funções de agentes da liberdade vigiada, em instituições para egressos, etc., afora sua colaboração nos consultórios de orientação profissional, nos departamentos de pessoal das fábricas, nos serviços de assistência à família, nos tribunais de relações domésticas, no próprio consultório particular do psiquiatra. Êle pode ainda trazer para outras esferas do caso social a experiência do serviço social psiquiátrico, agindo como consultante ou auxiliando nos problemas que lhe digam respeito mais de perto.

Em quaisquer funções e em qualquer campo, a atividade do assistente social polariza-se entre intervir nas condições sociais, externas, e preocupar-se com a pessoa do assistido, assumindo o papel de intermediário entre o que a sociedade pode oferecer ou que, a despeito de todo esforço, ainda apresenta

de mau e a disposição do cliente para utilizar os recursos da comunidade, bem como sua capacidade para compreender e aceitar a sociedade como esta se lhe apresenta.

#### LIMITES E TÉCNICAS DO SERVIÇO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

Com o desenvolvimento da higiene mental, ocorreu no campo da psiquiatria uma divisão de trabalho até agora desconhecida em outras atividades que visam igualmente fins sociais. O serviço social psiquiátrico usa de preferência as técnicas do caso social, bem como alguns dos processos do trabalho com grupos. A higiene mental (movimento a que não foram estranhos e em que participam de certo modo os assistentes sociais) tomou a si as tarefas mais amplas e de maior alcance, quais sejam as de combate às causas gerais, de natureza social, das psicopatias; o preparo da comunidade para melhor compreensão da doença mental e a mobilização dos recursos disponíveis para uma adequada assistência a esta categoria de doentes, bem como a multiplicação das instituições de assistência aos psicopatas, além de toda a obra de profilaxia mental.

A qualificação dos clientes ("application" e "intake"), utilizada como processo de seleção daqueles que se beneficiaram melhor com os serviços que oferece a instituição (hospital, ambulatório, clínica de conduta, consultório vocacional, etc.) e a explicação da natureza desses serviços para o encaminhamento a outras obras que melhor lhes convêm, ou então como oportunidade para o início de uma relação-de-tratamento, constitui a tarefa primária do assistente social. As entrevistas subseqüentes visam esclarecer o diagnóstico psiquiátrico ou social através uma avaliação equilibrada e experiente da causalidade social e dos fatores sociais presentes em cada caso, estudar o problema que o cliente apresenta ou, então, prosseguir nesta relação que evolui à medida em que as entrevistas se sucedem, visando realizar um tratamento social. Nesta última circunstância, mesmo tratando-se de doente mental, não tem o assistente social em vista a análise dos sintomas, das vivências patológicas nem a interpretação da moléstia nos termos de qualquer escola psicológica ou orientação psicoterapêutica, nem pretende uma intervenção ativa sobre os processos e estruturas mórbidas, mas tão só o aproveitamento e fortalecimento das suas reações consideradas como ainda socialmente úteis, além de fornecer-lhe oportunidade para satisfação das suas necessidades emocionais. Esse é um dos pontos ainda hoje controvertidos, variando as opiniões quanto à exata participação da psiquiatria e do serviço social nos diversos casos e situações que, na prática, podem apresentar-se. Os limites entre as esferas de ação do psiquiatra e do assistente social poderiam ser assim expressos: "O psiquiatra se interessa mais diretamente com os aspectos intrapsíquicos do desajustamento, embora leve em consideração os aspectos ambientais; o assistente social se preocupa mais diretamente com o ambiente, embora tome em consideração os fatores psicológicos" (Gordon Hamilton).

O papel do assistente social junto ao doente mental é delimitado pela conveniência do psiquiatra que, em última análise, é o responsável por aquele e pelo que, no plano do tratamento (elaborado de comum acordo), cabe ao assistente social desempenhar. Mais especificamente, a cooperação entre ambos pode variar, apresentando as seguintes modalidades: 1) o psiquiatra aconselha o curso e detalhes do tratamento social, valendo-se da documentação recolhida pelo assistente social; 2) o psiquiatra pode julgar necessária uma entrevista pessoal com o paciente, decidindo, de comum acordo com o assistente social, que este deve prepará-lo para aceitar determinado tratamento e,

quando do início da terapêutica, afastar-se totalmente do caso ou manter-se numa atitude de discreta cooperação; 3) o psiquiatra pode ocupar-se totalmente do caso (como acontece com os doentes agudos) apontando ao assistente social outras pessoas do grupo familiar (ou de outros grupos a que pertenceu o cliente) que necessitam dos seus serviços ou só vindo a solicitá-los quando este houver apresentado sinais de remissão; 4) o assistente social atende a pacientes que recusaram submeter-se à psicoterapia ou desenvolveram atitudes de antagonismo ou de temor ante determinados tratamentos (relacionadas a experiências sociais prévias).

Conforme as circunstâncias, pode variar a técnica do caso social, importando em tratamento social intensivo ou limitando-se à discussão com o doente ou convalescente da sua situação social, das intervenções que realizou o assistente no meio social ou então visar a reaproximação e reintegração do paciente com o meio (reatamento das relações com os familiares ou companheiros de trabalho ou lazeres, escolha e preparo para uma nova profissão, etc.). Ainda aqui a medida é o progresso que se venha obtendo, a capacidade de resposta do cliente, o próprio desenvolvimento das interações entre este e o assistente e a solidez e sucesso da relação assim estabelecida.

Tanto para a categoria de casos acima como para os vários tipos de casos a que deva atender nos outros campos de ação, o assistente social psiquiátrico, na opinião de Leona Hambrecht, pode empregar os seguintes processos de tratamento: 1) a terapêutica de apóio, em que sua intervenção é a mais superficial possível, oferecendo ao cliente apenas oportunidade para relatar e reviver experiências e tirar daí as conseqüências para um modelamento futuro da conduta; 2) a terapêutica sugestiva e interpretativa, em que a participação do assistente social é muito maior quanto à direção da conduta do cliente e à correlação das suas experiências sociais, cabendo-lhe interferência ativa no encontro e explicação das correlações referidas; 3) o tratamento direto das atitudes que procuram dispersar os sentimentos intensos que cercam uma situação aguda, encorajando sua expressão ativa e trazendo à superfície as experiências passadas ligadas intimamente a esses sentimentos.

Aquêles que baseiam todo o tratamento social na evolução de uma relação assistente-assistido, levando o cliente, de modo progressivo, à interpretação espontânea dos seus problemas e respectivas repercussões e a dispor-se a resolvê-los e superá-los à medida dos meios que solicitar e puder obter e das próprias interações que tal situação condiciona, não aceitam esses modos de conduzir o caso social. A controvérsia entre as correntes "diagnóstica" e "funcionalista" nos levaria fora dos limites que nos traçamos, do mesmo modo que a definição particularizada das várias atitudes do assistente social ante as diversas reações emocionais do cliente (hostilidade, ansiedade, agressão, etc.) e as interferências daquele com os problemas de personalidade do assistido. O serviço social de casos, na opinião de Gordon Hamilton, não visa uma reconstrução fundamental da personalidade — ele se esforça por tornar possível uma modificação das atitudes e da conduta do cliente através influências terapêuticas diretas ou o alívio das pressões do ambiente. Mesmo esse conceito terapêutico variou consideravelmente depois que amainou o entusiasmo dos assistentes sociais pela psicanálise, limitando-se a sua interferência ao ego, em lugar das primitivas incursões no inconsciente do assistido.

De modo geral, as técnicas do caso social poderiam visar oferecer e proporcionar facilidades (serviços concretos) e direção (leadership). Segundo Porter R. Lee, na primeira situação procuram-se determinados recursos

(meios financeiros, matrícula em hospitais, ambulatórios, habitação, colocação familiar, ingresso em clubes de menores, de vizinhança, etc.) e são dados os passos para sua utilização, enquanto na segunda se exerce a influência da personalidade do assistente social sobre a do cliente. Nenhum caso, porém, pode comportar situações exclusivamente da primeira espécie ou da segunda, visto constituírem os esforços de uma ou de outra natureza, interlaçados, o próprio tratamento social. Sob outro aspecto ainda, quando na situação predominassem os esforços da primeira categoria, o tratamento seria chamado indireto (também conhecido por "executive" ou por "environmental manipulation"), enquanto na segunda hipótese tratar-se-ia de uma intervenção direta sobre o desajustado, através da relação cliente-assistente.

O assistente social psiquiátrico pode desincumbir-se de sua missão usando as entrevistas pessoais, ou encontrando o cliente no grupo familiar e aí, no seio da família, procedendo à abordagem dos problemas. Esta variante, que constitui uma combinação do método de casos com a de grupos, promove uma participação da "entourage" familiar no reajustamento do cliente através do estímulo às interações próprias do grupo familiar, além de permitir ao assistente observar a reatividade do cliente no seu meio natural, o que é de evidente utilidade para sua melhor compreensão e direção. Além disso, em relação aos familiares, o desenvolvimento de certas fases do processo de tratamento na sua presença e com a sua participação, facilita a sugestão, a compreensão e aceitação de providências e influí para a mudança de atitudes ou a iniciativa de ações que se desejaria fossem praticadas em benefício da solução do caso. Esta combinação de técnicas mostra-se particularmente útil nos casos de menores atendidos pelas clínicas de conduta ou pelo serviço social escolar e nos problemas de colocação familiar.

O uso dos grupos pelo serviço social psiquiátrico pode ser feito no hospital, nos reformatórios e abrigos, nas penitenciárias e outras instituições para internamento. Pode-se visar atividades recreativas, educacionais livres ou mesmo a coerção e censura do próprio grupo sobre defeitos da personalidade do desajustado — haja vista o seu recente emprêgo na limitação de impulsos destruidores e da turbulência e na modificação de atitudes e da conduta de menores delinquentes. De outro lado, podem ser usadas as obras chamadas de construção do caráter (clubes, centros de vizinhança, associações de jovens) onde se procura satisfazer às necessidades de amizade, reconhecimento, aventura, de expansão criadora, de associação com o sexo oposto, de emancipação da tutela de adultos, do exercício e aperfeiçoamento de habilidades manuais e de expressão artística, de contacto com a natureza, de reconhecimento e participação num grupo ou em ações de conjunto ou de maior responsabilidade na comunidade, respeitando-se, sempre, a maior liberdade do indivíduo e a naturalidade das situações que a vida em grupo cria. A técnica do trabalho de grupos visa proporcionar ao indivíduo experiências variadas, despertar novos campos para seu interesse, oportunidades de expressão de si-mesmo, outras e mais satisfatórias respostas sociais, suplementando o grupo familiar e incentivando as relações interpessoais num plano saudável. Baseando-se na cooperação, na integração e na confiança em si-mesmo assim despertada no indivíduo, se esforça por permitir-lhe uma personalidade socializada. Esta ação favorável do grupo é de particular utilidade àqueles que procuram as clínicas de higiene mental, aos menores abandonados e delinquentes ou com defeitos da personalidade de conseqüências sobre o ajustamento escolar, familiar e social, aos egressos das prisões ou de estabelecimentos de reeducação, aos desajustados na profissão ou no ambiente de trabalho.

## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS

As organizações estatais ou particulares que mantêm os hospitais, ambulatórios, clínicas de higiene mental, de conduta infantil de orientação profissional, ou então, instituições criadas para desenvolvimento de atividades do serviço social, podem organizar e manter departamentos de serviço social psiquiátrico ou remunerar os serviços de assistentes sociais psiquiátricos adidos a uma obra social qualquer. Também um serviço social psiquiátrico pode ser iniciado a título de demonstração da sua eficácia durante algum tempo, findo o qual a administração do hospital decidirá do seu estabelecimento definitivo. É este um artifício muito usado nos Estados Unidos por grupos ou instituições que se dedicam à ação social. Ali variam muito as condições de manutenção desses serviços (pelos governos federal, estaduais e municipais, por entidades privadas, pelas congregações religiosas ou grupos de obras sociais em cooperação) enquanto na França é uma instituição particular subvencionada — o serviço social dos hospitais — que promove e supervisiona os serviços sociais psiquiátricos.

Os departamentos de serviço social psiquiátrico, autônomos ou subordinados à administração dos serviços junto aos quais funcionam, devem-se integrar no programa geral de atividades da obra, colaborar na formação ou aperfeiçoamento do pessoal técnico e administrativo destes (cursos, conferências semanais) e na sua interpretação perante a comunidade (propaganda). A posição do assistente social não é de dependência nem de superioridade relativamente ao psiquiatra e aos responsáveis pelos demais departamentos. Nas reuniões periódicas, ele procura definir sua participação nas atividades a serem desenvolvidas em outros setores, apresenta os relatórios dos casos sociais que lhe foram designados e colabora no planejamento dos tratamentos, explanando a parte que lhe cabe na execução dos mesmos e na aferição dos resultados obtidos. Ele mantém íntimo contacto e estreita cooperação com os psiquiatras, psicólogos, juizes, médicos e enfermeiras, de acordo com a natureza e funções da instituição onde trabalha.

O assistente social pode ver os casos de modo rápido para qualificação, ou em entrevista para diagnóstico social mais detalhado, ou então em entrevistas repetidas (com o cliente, familiares e amigos), na própria instituição, no lar ou em outros locais para a realização de tratamentos sociais. Sua produção dependerá, conseqüentemente, da natureza das suas tarefas e da sua capacidade de trabalho, habilidade e experiência profissional, sendo, em média, de 30, o número de casos que deve ter ao mesmo tempo em estudo e tratamento. Exigir-lhe maior rendimento pode resultar numa diminuição de eficiência.

Uma sugestão de ordem prática feita há algum tempo por Helen I. Clarke relativamente à delimitação nas grandes cidades de áreas uniformes (respeitando as várias comunidades ecológicas e culturais) para melhor coordenação da atividade das várias obras sociais, despertou o interesse para as áreas naturais da cidade como base para toda divisão do espaço de trabalho do assistente social. Esta divisão avulta mais ainda em importância, se tivermos em conta a maior e simultânea incidência dos vários problemas sociais nas áreas intersticiais e deterioradas (delinqüência, moléstias sociais, afecções mentais, etc.) e o valor dos estudos ecológicos para melhor compreensão dos fenômenos sociais e das psicoses funcionais, bem como para a teoria e prática do serviço social (H. Park e E. Burgess, F. Thrasher, R. Faris e H. W. Dunham). Conseqüência menos transcendente desta orientação seria a facilidade de cooperação e informação entre as várias obras, se todas adotassem tal critério, embora ambas já venham sendo parcialmente

satisfeitas através dos índices de obras sociais dos fichários e outros serviços de informação social e cooperação, ou através do contacto pessoal entre os assistentes sociais.

A extensão dos serviços do assistente social psiquiátrico ao doente mental residente no interior constitui outro problema de natureza prática. Tem-se procurado obviar a inacessibilidade das famílias do interior, mediante a distribuição de formulários e literatura com conselhos de higiene mental ou aproveitando as ocasiões de visita, internamento, licença ou alta — quando os familiares procuram o doente — para uma ação direta, mas são óbvios os inconvenientes e limitações desses processos em nosso país. Nos Estados Unidos é utilizada a cooperação do assistente social de qualquer obra existente na localidade ou das visitadoras de saúde pública. A mobilidade especial das nossas populações urbanas e rurais igualmente cria sérias e, por enquanto, irremovíveis dificuldades ao trabalho social.

A eficiência do serviço social psiquiátrico e, de modo geral, de toda atividade com fins sociais, depende da utilização de auxiliares bem formados (ética e profissionalmente), em número adequado e dotados de espírito científico e curiosidade intelectual para aperfeiçoamento do seu trabalho à base do julgamento e aproveitamento da experiência que obtiveram e da atualização de pesquisas sociais. O processo de redação de relatórios e atualização dos fichários, preservando as histórias dos casos e sua evolução, permite a análise ulterior das técnicas usadas, a aferição dos resultados, sua comparação com as técnicas atuais e sua eficiência, o que importa em considerá-los de valor documentativo e científico. A participação em reuniões científicas e o acesso à literatura especializada devem ser facilitados como um dos modos de estimular o interesse do assistente social em aperfeiçoar-se e elevar-se profissionalmente. O assistente social deve, além disso, realizar projetos especiais de investigações dentro e fora da instituição em que serve, visando o aperfeiçoamento dos métodos e da filosofia da atividade científica e humanitária a que se dedicou.

As condições para o desenvolvimento do serviço social psiquiátrico dependem da existência de um número suficiente de escolas de serviço social com cursos de especialização psiquiátrica, do reconhecimento das vantagens desse serviço por parte das organizações de assistência existentes na comunidade, de uma compreensão pública da natureza do serviço social e do consequente reconhecimento da profissão de assistente social. Em nosso país, o estado rudimentar das instituições de assistência pública e privada existentes, as deficiências de toda a ordem da nossa aparelhagem assistencial, o divórcio entre o espírito que preside a estas iniciativas e a filosofia atual do serviço social, uma atitude de desencanto em relação às possibilidades de reforma social que prevalece em certos círculos (inspirada na interpretação falta de conceitos de inspiração religiosa sobre a natureza humana), tornam árdua a tarefa de quantos se dispõem à atividade social. No entanto, um campo quase virgem e uma enorme massa de desajustados desafiam o espírito de iniciativa de quantos da nossa geração antecipem as suas responsabilidades em promover o bem-estar social e o julgamento daqueles que não de nos suceder.

#### RESUMO

Serviço social psiquiátrico é atividade supletiva aos esforços especializados do psiquiatra em favor do doente mental. Esta atividade decorreu da própria evolução do conceito e das formas práticas da assistência social, pública ou privada, e das modificações introduzidas no conceito de doença men-

tal por força dos modernos estudos de psicologia, antropologia cultural e psicologia social.

O autor analisa as funções e campos do serviço social psiquiátrico, seus limites e técnicas e a organização e funcionamento das obras devotadas a essa atividade. É sua crença que de uma coopearação maior entre as disciplinas acima referidas, aliada à extensão dos serviços, a psiquiatria lucrará aperfeiçoar seu próprio corpo de doutrina e sua eficiência prática.

#### SUMMARY

Psychiatric social work is a complementary activity to the psychiatrist's specialized functions. Both have as their objective the welfare of the mentally ill. It is the result of the evolution of the philosophy and practice of social assistance, either public or private, as well as those new acquisitions obtained in the fundamental concepts of mental diseases. Some modern studies in the correlated fields of Psychology, Sociology, Cultural Anthropology and Social Psychology made the main part in this revision of concepts.

The author makes an analysis of the field and function of psychiatric social work, its limits and tecnics, and the organisation and rôles of institutions specialized in this branch of social work. He thinks that more cooperation between psychiatry and social work and a wider spread of social work practices should result in advantage for both. To psychiatry in particular, its share will be a perfecting of concepts and an increased pratical efficiency.

#### *Bibliografia consultada*

- Bogardus, E. S. — *Sociology*. Macmillan Co., New Kork, 1939.
- Bobardus, E. S. e Lewis, R. H. — *Social life and Personality*. Silvert Burdett, New York, 1938.
- Burgess, E. W. — The natural area as the unit for Social Work in the large city. *Proc. Nat. Conf. Social Work* (1926), pags. 504-510.
- Britts, S. H. — *Social Psychology of morden life*. Farrar Rinehart, New York, 1941.
- Boie, M. — The case worker's need for orientation to the culture of the client. *Readings in Social Case Work*. Columbia Univ. Press, New York, 1940, pags. 789-804.
- Cabot, R. C. — Report on the principles of hospital social service. *Nosokomion* IV/2 (1933) pag. 388.
- Coyle, G. L. — Social Work at the turn of the decade. *Proc. Nat. Conf. Social Work* (1940) pags. 3-26.
- Clarke, H. I. — Uniform area plan for Chicago city — wide social agencies. *Proc. Nat. Conf. Social Work* (1926) pags. 510-514.
- Cannon, M. A. — Where the changes in social work have brought us. *Readings in Social Case Work*. Columbia Univ. Press, New York, 1940, pags. 108-121.
- Day, F. R. — Social case work. *Social Work Year-Book*, Russel Sage Found, New York, 1941.
- French, L. M. — Psychiatric Social work. *Social Work Year-Book*, Russel Sage, Found., New York, 1941.
- Faris, R. E. L. e Dunham, H. W. — *Mental disorders in urban areas*. Univ. Chicago Press, 1939.
- Ferguson, G. B. — Medical social work. *Social Work-Year-Book*, Russel Sage Found., 1941.
- Hamilton, G. — *Theory and pratice of social work*. Columbia Univ. Press., New York, 1942.

- Hamilton, G. — The underlying philosophy of case-work today. Proc. Nat. Conf. Social Work (1941) pags. 237-253.
- Hamilton, G. — Basic concepts in social work. Readings in Social Case Work. Columbia Univ. Press, New Kork, 1940, pags. 155-171.
- Hendry, C. E. — A review of group work's affirmations. Proc. Nat. Confr. Social Work (1940) pags. 538-551.
- Hambrecht, L. M. — Psychiatric and social treatment: functions and correlations. Readings in Social Case Work. Columbia Univ. Press, New York, 1940, pags. 480-509.
- Lee, P. R. — Social work as cause and function. Columbia Univ. Press, New York, 1937.
- Lowie, R. H. — An introduction to Cultural Anthropology. Farrar Rinehart, New York, 1941.
- Mac Iver, R. M. — The contribution of Sociology to Social Work. Columbia Univ. Press, New York, 1931.
- Romero, L. T. — Trends of Social Work in Chile. Proc. Nat. Conf. Social Work (1941) pags. 115-121.
- Witmer, H. L. — Some underlying principles of research in Social Case Work. Proc. Nat. Conf. Social Work (1942) pags. 563-573.
- Young, K. — Personality and Problems of Adjustment. F. S. Crofts. New York, 1940.

*Sanatório Recife — Pernambuco*