



CLEBER DE SOUZA FERREIRA

SAÚDE MENTAL:

O trabalho do assistente social com pacientes de saúde mental
e suas famílias

São Paulo
2017

CLEBER DE SOUZA FERREIRA

SAÚDE MENTAL:

O trabalho do assistente social com pacientes de saúde mental e suas famílias

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Anhanguera Campus Vila Mariana, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Serviço Social.

Orientador: Vanessa Ramos

Vera Lucia Frazão de Sousa

São Paulo

2017

SAÚDE MENTAL:

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES DE SAÚDE MENTAL E SUAS FAMÍLIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Anhanguera Campus Vila Mariana, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Serviço Social.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Dedico este trabalho a minha amada
esposa Pricila meus filhos Pamela e David
e aos meus familiares que esteve
presente em todos os momentos da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Pai Celestial, por me dar saúde, força diante das provas e não deixar desistir agradeço pela oportunidade de sempre estar buscando conhecimento e aprendendo. Agradeço a minha família pelo amor a paciência e o apoio, por estar sempre ao meu lado, e por acreditarem em mim.

O meu muito obrigado a todos os meus professores, minhas coordenadoras de estágio que muito contribuíram para o meu progresso acadêmico.

FERREIRA, Cleber de Souza. **Saúde mental**: o trabalho do assistente social com pacientes de saúde mental e suas famílias. Ano de realização, 2017. Total de folhas, 41. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade Anhanguera Campus Vila Mariana, São Paulo, 2017.

RESUMO

Apresenta este trabalho a atuação do serviço social no atendimento com pessoas com transtorno mental, juntamente com suas famílias. Com o objetivo de demonstrar o papel mediador das articulações políticas dentro de um âmbito de atendimento de saúde mental, internas ou externas de uma instituição e o papel fundamental do auxílio, na família no processo de atendimento. A metodologia deste trabalho está embasado unicamente em revisão bibliográfica, de autores da área de enfermagem e da psiquiatria, trazendo sobre a atuação de um profissional do serviço social, descrevendo e revendo os conceitos de: doença/saúde mental, intersertorialidade e integralidade no atendimento, demonstrando a importância de sua interlocução e criatividade. E, orientações aos familiares, que, convivem com pacientes com transtorno mental, no aspecto de seus relacionamentos, demonstrando assim, que a doença agrava-se também por questões: sociais, culturais e econômicas, ao invés de uma visão unificada de médico e paciente apenas com o foco no sintomas fisiológicos do organismo, ou seja, apenas patológico. Apresentando tipos de relações familiares que interferem no serviço social e no tratamento do transtorno mental, exemplo, a esquizofrenia, que são: hiper-crítica, protetiva, permissa, hostil e superafetiva. E por fim, nas considerações finais, a pesquisa contextualiza os pontos positivos da atuação deste profissional e seu significado real do seu exercício, na articulação política e na comunicação da informação, meios criativos de desenvolver o trabalho juntamente com a equipe multiprofissional. Também descreve propostas e incentivos para atuação do serviço social na área da saúde mental e sugestão de pesquisa para outras áreas das ciências humanas.

Palavras-chave: Serviço social; Saúde mental; Políticas públicas; Articulação; Família.

FERREIRA, Cleber de Souza. **Saúde mental**: o trabalho do assistente social com pacientes de saúde mental e suas famílias. Ano de realização, 2017. Total de folhas, 41. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade Anhanguera Campus Vila Mariana, São Paulo, 2017.

ABSTRACT

This work presents the work of the social service in the care of people with mental disorders, together with their families. With the objective of demonstrating the mediating role of the political articulations within a scope of mental health care, internal or external of an institution and the fundamental role of the aid, in the family in the care process. The methodology of this work is based only on a bibliographical review of authors of the nursing and psychiatry area, bringing about the work of a social service professional, describing and reviewing the concepts of: mental illness / health, interserveriality and integrality in care, demonstrating the importance of their interlocution and creativity. And, orientations to family members, who live with patients with mental disorder, in the aspect of their relationships, thus demonstrating that the disease is also aggravated by social, cultural and economic issues, instead of a unified view of physician and patient only with the focus on the physiological symptoms of the organism, that is, only pathological. By presenting types of family relationships that interfere with social service and the treatment of mental disorder, for example, schizophrenia, which are: hypercritical, protective, permissive, hostile and superaffective. And finally, in the final considerations, the research contextualizes the positive aspects of this professional's performance and its real meaning of his exercises, in the political articulation and in the communication of information, creative means of developing the work together with the multiprofessional team. It also describes proposals and incentives for the work of the social service in the area of mental health and suggestion of research for other areas of the human sciences.

Keywords: Social service; Mental health; Public policy; Articulation; Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
REME	Renovação Médica
SOCINTRA	Sociedade de Serviços Gerais de Integração pelo Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O.	Terapeuta Ocupacional
TCE	Traumatismo Craniano Encefálico
UCP	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL	15
1.1 MOVIMENTO SOCIAIS – LUTA ANTIMANICOMIAL	17
1.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS	19
2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL	21
2.1 DOENÇA/SAÚDE METAL	21
2.2 INTERSETORIALIDADE	23
2.3 INTEGRALIDADE	25
3 AUXÍLIO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DO SERVIÇO SOCIAL	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

Este presente trabalho apresenta a importância do Serviço Social, no âmbito da saúde mental, na relação entre os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, seus familiares e a equipe técnica multiprofissional, no processo de uma articulação política institucional atual.

Foi buscado em diversos autores com foco em saúde mental que detalham o panorama da história do tratamento aos pacientes com transtornos desde o século XIX, passando pelo período pós-guerra, até os tempos atuais. Entretanto, o foco deste trabalho está embasado na obra dos autores, Bredow; Dravanz (2010), que retrataram a atuação profissional do assistente social.

O foco deste profissional inserido na rede de política pública em saúde mental, juntamente com uma equipe técnica multiprofissional é promover a inserção social, com projetos de inclusão social e também um fiscalizador de garantir os direitos do indivíduo e seus familiares previstos na constituição.

A metodologia deste trabalho caracteriza-se em uma pesquisa bibliográfica de diversos autores de artigos e livros de caráter científico, na dimensão do serviço social. Sendo um trabalho com interesse de apresentar dados significativos de obras científicas, sendo assim, não trata-se de uma pesquisa de campo, mas de, demonstrar a partir do autor, um resultado positivo do trabalho do assistente social.

Respondendo o problema de pesquisa com a seguinte pergunta: “_Como atua o profissional de Serviço Social nos casos de transtornos mentais, no intuito de propiciar uma qualidade de vida adequada aos atendidos?”

Com o objetivo principal de demonstrar o papel mediador do assistente social na atuação na saúde mental, objetivando de forma mais abrangente a inserção do trabalho junto com pacientes com transtorno mentais graves e seus familiares. Apresentando em cada capítulo um aspecto específico da pesquisa, que são: apresentação do panorama histórico da saúde mental, atuação do serviço social e o que a família pode ajudar.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: o capítulo um descreve o panorama histórico da saúde mental, do século XIX até os tempos atuais. Descrevendo o princípio da// articulação política da época, regida pelos bons

costumes e pelo severo regime militar, os movimentos sociais, a Reforma Psiquiátrica no Brasil até formulação da nova articulação política institucional.

O capítulo dois traz o núcleo deste trabalho, a atuação profissional do Assistente Social e a sua importância, sendo a família o novo modelo terapêutico do tratamento, cabe a este profissional garantir meios regidos pela lei, os direitos previstos na constituição, construída por duas décadas. Direitos como: benefícios sociais, conforme cada caso, emprego, saúde, educação e outras formas de parcerias que promovem a inserção do indivíduo no meio social.

O capítulo três faz referência a família, como a família pode e deve também estar auxiliando no processo do atendimento no serviço social, mediante revisão bibliográfica e como as formas de relacionamentos interferem no atendimento. Descrevendo orientações básicas que facilitem os serviços.

E por fim, tratando-se das considerações finais na visão do pesquisador após embasamento teórico ressaltando a importância do serviço social e sugestões de melhorias nas instituições com foco em saúde mental e a ampliação de pesquisa, pertinentes ao assunto paciente/família em diversos setores da área.

1 PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

A história do Serviço Social na saúde mental constitui-se após o período da Reforma Psiquiátrica no Brasil, houve uma evolução no tratamento com os pacientes com transtornos mentais persistentes e severos. Tratava-se de métodos desumanizados e cruéis, de violência e abandono.

Os autores Luchmann; Rodrigues (2006, p. 400) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, p. 49 - 51) narram em suas obras o método antigo de tratamento para pacientes com transtornos mentais. Esses autores apontam que, no século XIX até após a II Guerra Mundial, apareceram muitos casos de transtornos mentais, como: depressão, estresse pós-traumático e o mais complexo dentre esses a esquizofrenia.

Segundo esses autores, tratava-se de casos cuidados pela política antiga, dos bons costumes, ou seja, não existia a psicologia ou psiquiatria, até então, a psicologia era detida na mão da medicina no continente europeu, em outras palavras, pertencia a classe alta da sociedade daquela época.

Segundo os autores Luchmann; Rodrigues (2006, pg. 401) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, pg. 49 - 51), esclarecem a forma como era tratada as pessoas com transtorno mental, sempre a primeira a receber o impacto da chegada de qualquer patologia, é a família, que, se encontra despreparada. Pois, a família daquela época não era muito diferente dos nossos tempos, não sabiam e não sabem como lidar. A solução era exclusão e abandono nos manicômios, pois, eram enxergados como formas de possessões demoníacas.

De acordo com esses mesmos autores, a esquizofrenia, por sua vez, que significa, “mente dividida” Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, pg. 47), ou seja, perda do contato com a realidade, causando sintomas de comportamentos inadequados ou ausência de comportamentos adequados, como: ouvir vozes, ver pessoas ou objetos que não existem no plano físico, discursos desorganizados no meio social. Tudo isso gera na família uma sobrecarga emocional, assim sendo, encontrando a exclusão social como solução, em outras palavras, internação ou isolamento.

Ainda em Luchmann; Rodrigues (2006, pg. 402) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, pg. 49 - 51) narram os métodos cruéis de tratamento, sendo eles: lobotomia, ou seja, através de um processo cirúrgico, cortava-se o lobo frontal do

córtex do encéfalo inibindo o mecanismo de julgamento, das emoções e ações, em muitos casos chegando a óbito. Assim também como o Traumatismo Craniano Encefálico (TCE), abria-se um orifício no crânio para examinar ou até mesmo pela crença da época extrair o espírito mau; e o eletrochoque, onde os pacientes eram submetidos sem consentimentos a descargas elétricas na cabeça, foi apenas o único que apresentou melhores resultados, porém, a forma submetida era brutal, pois os pacientes eram restringidos violentamente no tratamento, quanto também em seus leitos.

Os autores Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) respondem a uma seguinte pergunta: a família, onde está? A resposta é: Inexistente. Pois, após diagnosticado a patologia, a internação era o meio de solução do problema. Muitos desses familiares abandonaram e ainda em tempos atuais abandonam o indivíduo com transtorno em casa, praticando o isolamento social dentro do ambiente familiar. Motivo, por não saberem lidar com os fenômenos mentais, até mesmo para uma das mais brilhantes mentes da época, o famoso cientista físico Albert Einstein (1879 – 1955).

Para esses autores, a esquizofrenia não era o objeto privilegiado de perseguição para exclusão do social, o alcoolismo e depressão, também eram considerados pelos bons costumes, como formas de possessões demoníacas. Resumindo, qualquer tipo de comportamento diferente ou inadequado, do que a massa ou a grande maioria julgava ou rotulava ser um padrão incomum dos bons costumes, a solução sempre foi a exclusão da sociedade e do meio familiar.

Os autores Lückmann; Rodrigues (2006) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) demonstram a ausência da articulação política institucional entre as famílias com os pacientes, pois a família deixou de ser um modelo ou forma terapêutica, promovendo a reinserção social do indivíduo com transtorno mental, serviços de responsabilidade da Assistência Social e da Psicologia.

Conforme os autores Lückmann; Rodrigues (2006, pg. 402), percebe-se que são fatos históricos quando ainda a psicologia nem havia adentrado no Brasil, estava em período de evolução, tornando-se ciência, somente em 1962 a psicologia foi regulamentada como profissão. No que se refere à um atendimento mais humanizado, que, somente nas décadas de 70 e 80, começaram os movimentos sociais no combate contra a política institucional da época.

1.1 MOVIMENTO SOCIAIS – LUTA ANTIMANICOMIAL

Após muitas denúncias feitas ao Ministério Público, Congressos da Psiquiatria e Psicologia e assembleias, a sociedade despertou a consciência de uma necessidade de mudança, na Política Institucional dos manicômios. Os autores Lüchmann; Rodrigues (2006, pg. 402 - 403) retrata e reflete o princípio da luta, referindo-se a uma mudança de comportamento sociocultural, com relação a complexidade do assunto “o louco e a loucura”. A Luta Antimanicomial é o marco relevante para demonstrar a importância do Serviço Social dentro das instituições de tratamento de saúde mental neste país.

Em Lüchmann; Rodrigues (2006, pg. 402) apontam os protagonistas desta mudança de práticas de atendimento, que são os trabalhadores da área da saúde mental, que são: os enfermeiros, cuidadores e familiares, que presenciaram cenas de torturas para o tratamento e, que, encontram como desafios membros dos Conselhos de Medicina e Psiquiatria. Para que houvesse uma reforma no conhecimento médico, em relação da complexidade do tratamento.

“Seguindo a trajetória de muitos outros movimentos sociais do país, é no contexto da abertura do regime militar que surgem as primeiras manifestações no setor de saúde, principalmente através da constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. É basicamente no interior destes setores que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cornificação à manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa.” (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2006, p. 402)

Com base da citação do artigo de Lüchmann; Rodrigues (2006, pg. 402 – 403) os autores descrevem bem o início da Luta Antimanicomial, apontando a extrema necessidade de uma mudança na prática de atendimento, deslocando do senso dos bons costumes, que rotula o que é certo de viver em sociedade e o que deve ser isolado. Para uma conceituação teórica, buscando uma forma de articulação política de convivência entre os colaboradores da saúde mental.

Nos artigos de Gonçalves; Sena (2001, pg. 49 - 50) e Lüchmann; Rodrigues (2006, pg. 402 - 403) fazem um paralelo num ponto em comum, na busca de uma

nova articulação política cultural, a de institucionalização, pois, devido ao investimento desses profissionais da área da saúde, sendo um dos movimentos a grande greve 1978 que perdurou por mais oito meses. Surge a partir desses diversos acontecimentos o retorno dos pacientes psiquiátricos aos seus familiares.

De acordo com esses autores e com Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013), a família retorna a ser o novo modelo de intervenção terapêutica, pensando sempre no foco da busca da reinserção social.

Refletindo sobre os artigos de Gonçalves & Sena (2001, pág. 50) Luchmann; Rodrigues (2006, pág. 402-403) e a obra dos autores Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, 49-51) percebe-se a necessidade de desenvolvimento de outros órgãos competentes, com instruções teóricas de abordagem, diante da complexidade do tratamento para esses pacientes. Retratando das equipes multiprofissionais, que em tempos atuais prestam apoio técnico aos familiares do paciente com transtorno mental, e entre eles o Assistente Social.

De acordo com esses autores surgem os órgãos como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS), são instituições de atendimento à saúde mental, com ausência de internação de longo período, trata-se de lugares onde o paciente juntamente com seus familiares promove a reinserção social.

Com surgimento a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/01¹ que após mais de vinte anos de luta, em Congressos Nacionais, Conferências da Psicanálise, finalmente assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando para um novo modelo de assistência, uma delas garantindo o direito de ir e vir, logicamente há casos mais severos, dependendo do grau de comprometimento sempre haverá a necessidade de acompanhamento de uma pessoa da família.

Perante aos movimentos sociais citados nos artigos de Gonçalves; Sena (2001, pg. 50) e Luchmann; Rodrigues (2006, 402 – 403) que são: Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o movimento “Louco pela Vida” de São Paulo, Sociedade de Serviços Gerais de Integração Social pelo Trabalho do Rio de

¹ “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l110216.htm. (BRASIL, 2001)

Janeiro (SOCINTRA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Contribuiu para surgimento da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216, aprovada em 2001, desde a década de 70.

Logo, de acordo com esses autores que dissertaram um breve panorama histórico da trajetória da “história da loucura” que até mesmo na idade média já existiam os maus tratos, surge então uma nova versão política institucional de tratamento para pessoas portadoras de transtorno mental, como exemplo, a esquizofrenia, sendo essa, de um alto nível de complexidade do tratamento e como lidar no social.

Com a aprovação da Reforma Psiquiátrica Lei nº 10.216/01 e o Sistema Único de Saúde (SUS), lei nº 8.080/90², surge o protagonista foco da realização deste trabalho, que como objetivo de assegurar os direitos humanos, como: recursos financeiros, engajamento social, oportunidade de busca de emprego, ensino e transporte. O Assistente Social, que faz e fará com que aconteça toda articulação política acontecer em pró da inserção social, trabalhando a relação setorial multiprofissional, família e paciente.

1.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Após anos de muita luta para que a mudança política cultural institucional chegasse, são criados os núcleos de atendimentos psicológicos sociais, sendo um deles o CAPS, que será com um exemplo deste trabalho para demonstrar a importância da atuação da assistência social, numa rede de atendimento de saúde mental.

O CAPS é entendido ou definido como:

“[...] um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade.” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 128)

A obra desses autores serve como referencial sobre local, para o plano de atuação do assistente social e os setores de serviços para com a saúde mental. O paciente participará de atividades que promovem a inserção social, beneficiando-se

² “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. (BRASIL, 1990)

de uma melhora de qualidade de vida emocional e cognitiva trazendo consigo outros beneficiados que são os familiares ou amigos da pessoa com transtorno mental, elucidando estratégias para lidar com sintomas da patologia.

Pois, segundo esses autores Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013, p. 49 – 51) surgem os novos desafios para o atendimento das pessoas com transtorno mental, a sobrecarga familiar, que, se encontram em situação de vulnerabilidade social, pela ausência de informação de conhecimento em lidar com os sintomas da patologia, gerando sobrecarga em três esferas: objetiva, subjetiva e financeira.

Segundo os autores Schrank e Olschowsy (2008, p.128) é no CAPS que os pacientes e seus familiares encontraram serviços de enfermagem, terapia ocupacional (T.O.), atendimento psicológico, médico, psiquiatra e assistência social. Além de outros serviços que promovem de maneira culturalmente a inserção social, que são as parcerias com outras instituições como: casa de cultura, comércio e as prefeituras. O assistente social tem seu importante papel na articulação dessas políticas públicas.

Na visão de Schrank; Olschowsky (2008, p. 128) e de Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013, p. 49 – 51) o foco de instituições como CAPS é a reinserção social do indivíduo, resgatando seus valores, que partem do princípio da família, sendo considerada por diversos especialistas da saúde mental, a primeira instituição do ser, que recebe seus valores, como: educação, amor, carinho e afeto que acontece em suas relações humanas. Essa era a forma a qual não se via no período antes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, enxergar o mundo como o ser vê não como objeto de esquecimento a mercê do tempo.

2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL

Apresenta este capítulo a atuação do serviço social na Política de Saúde Mental no Brasil, visando em três conceitos, que são: Doença/Saúde Mental; Intersetorialidade e Integralidade no atendimento ao usuário da política pública. É uma visão de funcionamento de CAPS, narrada na obra de Bredow; Dravanz (2010).

De acordo com Bredow; Dravanz (2010, p. 229), logo em seu resumo, descreve o objetivo de demonstrar a importância do profissional do serviço social na atuação em uma rede de saúde mental, como CAPS, realizando a interlocução no CAPS com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para ações intersetoriais.

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 229 – 230), a intersetorialidade significa um conceito de construção de uma rede de cuidados na íntegra para com o atendimento, com foco no compromisso e autonomia de desenvolver a cidadania do indivíduo que faz uso da política de saúde mental. Segundo esses mesmos autores o debate desse assunto de interlocução na intersetorialidade, surge a partir do IV Conferência Nacional de Saúde.

Os autores Bredow; Dravanz (2010, p. 229 – 230) apontam para necessidade da ocasião e não muito distante do nosso tempo atual, a importância de trazer em pauta para discussão, a importância de integralidade nas ações da intersetorialidade, ou seja, compromisso para com o atendimento, visando a qualidade no processo do atendimento ao usuário.

Para elucidar a ideia dos autores, é necessário revisar alguns conceitos teóricos, que são: “Doença/saúde mental, Intersetorialidade e Integralidade no atendimento.” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 230)

2.1 DOENÇA/SAÚDE MENTAL

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 230) o conceito de doença e saúde mental é mais complexo do que se imagina, pois, um pensamento lógico difere o decorrer do assunto, ou seja, se há ausência de doença, isto não significa que está tudo em perfeito homeostase.

Em outras palavras para estes autores, o indivíduo deve ser visto com um olhar muito mais abrangente do que apenas no foco da patologia. Aspectos que não encontram como diagnóstico conceituado como no Manual de Diagnóstico de Transtorno Mental (DSM-V, atualmente) ou Catalogo de Identificação de Doenças (CID-10), mas, sim de conteúdo social, cultural e econômico, que também causa adoecimento, seja de maneira direta ou indireta.

De acordo com Bredow; Dravanz (2010, p. 231) a ideia não é curar o indivíduo ou eliminar os sintomas da patologia mental e, sim, dar condições de fortalecer, o ser, diante das diversidades da sociedade em seu cotidiano. Não deve ser visto apenas como um problema orgânico ou biológico, ou ainda, genético. Mas, também os fatores ambientais, econômico e cultural. Enfatizando a questão discutida sobre promoção de qualidade de vida.

Ainda em Bredow; Dravanz (2010) enfatiza a história do passado desde a Segunda Grande Guerra, como eram tratados os doentes mentais, ou, comportamentos que perturbassem a paz da sociedade. A solução era exclusão, punição, isolamento e até torturas chegando às vezes a óbito. No passado o foco era somente a doença e o lado humano do ser de viver era desprezado. Enxergar o mundo a partir do indivíduo e como auxilia-lo a partir da sua concepção de mundo.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é inspirada no movimento que surgiu na Itália liderada por Franco Basaglia (BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 231), que tinha a concepção de um tratamento humanizado para com os pacientes com transtorno mental, defendendo assim o direito de emancipação, como por exemplo de ir e vir e ficar com seus familiares. E, no Brasil somente teve início ao movimento graças as denúncias dos funcionários envolvidos na MTSM no final da década dos anos 70, com o foco no indivíduo e não na doença.

[...] “não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 231)

Segundo os autores Bredow; Dravanz (2010, p 231) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, p. 13) apontam que é necessário diminuir e se possível, extinguir uma situação de vulnerabilidade social. Aspectos como a exclusão, preconceitos e

rótulos sociais devem ser combatidos, ou seja, dar ao indivíduo forças e mostrar o caminho de esperança, para superar as diversidades da sociedade.

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 232) apontam que o plano da Reforma Psiquiátrica vai além de uma troca de modelo de intervenção terapêutico e de desinstitucionalização. Mas, sim, criar espaços e mecanismos que promovam a inclusão social do indivíduo, na inspiração do movimento italiano de focar no indivíduo e a doença colocada entre parênteses.

Logo, de acordo com Bredow; Dravanz (2010) observando a desconstrução do mecanismo antigo de atendimento, o surgimento da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/01, surge os novos modelos de mecanismo de atendimento hospitalocêntrico, que são: os NAPS, CAPS, Residências Terapêuticas onde também há atuação do assistente social e a família.

2.2 INTERSETORIALIDADE

A visão de saúde ultrapassa a concepção de ausência de doença, a saúde já não pode ser vista apenas uma questão de diagnóstico clínico da medicina ou até mesmo uma hipótese diagnóstica no olhar da psiquiatria ou da psicologia. Logo, o SUS, segue com diretrizes garantido um atendimento descentralizado ao usuário.

Conforme a Lei 8.080, no Art. 3º, está escrito que:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990 apud BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 232).

Significa que além do tratamento médico e psicológico que devem e são contemplados como visa a constituição, outros aspectos sociais devem estar e são agregados ao atendimento. Como por exemplo recurso financeiro, deve ser garantido através de uma fonte de renda, para obter medicação ou até mesmo participar ou fazer um lazer.

Segundo os autores Bredow; Dravanz (2010, p. 232) a ideia é de que quando há um processo de adoecimento o Estado assume a responsabilidade pelo indivíduo que fica em situação de vulnerabilidade social, subsidiando custos com movimentos

sociais, realizando uma participação integrada com outras instituições. Como por exemplo, cursos profissionalizantes, eventos culturais em casa da cultura municipal, esportes e outros.

Esse processo de criação de mecanismos e espaços, com subsídios pelo Estado ou município é chamado de intersetorialidade (BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 233). É nesse mover de ideias ou criações de projetos políticos da saúde que está a atuação do assistente social, fazer com que essas parcerias integradas ao atendimento, se mobilizem a fim de um bem comum, um bem social.

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 233) existe uma complexidade dessa política de intersetorialidade, havendo a necessidade de diálogo entre os gestores, pois, trata-se de uma fragmentação política da saúde. O desafio está justamente na articulação dos executores de outras instituições, em busca da promoção de qualidade de vida e, também, um plano de incentivar a população de participar em pró do social.

Com esta prática política em articulação ativa nos demais setores do governo, permite que considere o cidadão em sua totalidade causando impacto positivo direto na população, garantindo a inserção do usuário em sua qualidade de vida a diversos programas: educação, habitação, emprego, esportes, saúde e lazer. (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p 233).

Ainda em Bredow; Dravanz (2010, p. 233 – 234) remetem a ideia da importância da intersetorialidade de forma horizontalizada, não desvalorizando setor governamental, e sim, como ideia fundamental de articulação de vinculação com outras demais instituições, viabilizando a promoção da qualidade de vida.

No artigo de Bredow; Dravanz (2010, p. 233 – 234) também fazem um alerta, em questão das dificuldades, para que haja uma harmonia eficiente e eficaz no atendimento, nos serviços intersetoriais, “a burocracia”, o que implica em atrasos e adiamentos de projetos. Trata-se assuntos que devem atender as necessidades sociais, ou seja, cada setor tem sua realidade política, como normas e regulamentos.

A intersetorialidade pode ser definida desta seguinte maneira:

“[...] processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população.” (Campos, 2004 apud BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 233)

O assistente social tem a missão de ser o interlocutor desses conjunto de saberes, articulando e estabelecendo vínculos em cada setor envolvido com o social, que são: educação, transporte, moradia, emprego, esporte/lazer e saúde. Diminuindo a situação de vulnerabilidade social e agravamento do adoecimento mental.

2.3 INTEGRALIDADE

O conceito de integralidade do atendimento se vincula com intersectorialidade, partindo do princípio ético superando as diretrizes do SUS, colocar qualidade no atendimento do usuário.

Segundo Bredow; Dravanz (2010, p. 234) a integralidade é um cuidado ético na articulação da intersectorialidade na política da saúde, superando a fragmentação e as necessidades sociais de cada setor. Buscando o atendimento descentralizado do olhar apenas médico, também, no olhar sociocultural, que também questões que causam adoecimento mental.

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 235) a ideia é que esse profissional do serviço social, tenha adquirido competências e a habilidade de comunicação entre esses os setores, estabelecendo a relação de serviços e espaços com os serviços de saúde. Tendo em si a questão ética do atendimento de modo intrínseco. E não apenas como uma norma ou diretriz adquirida por conhecimento teórico na memória, se faz importante a pratica do cotidiano.

Ainda em Bredow; Dravanz (2010, p. 235) se faz também importante a integralidade do atendimento ao usuário, no lado externo, ou seja, sendo setor do governo ou não, é de extrema importância para que os outros prestadores desses serviços que promovem a reinserção social, também que deem qualidade no atendimento.

A integralidade pode ser vista como uma questão de um dos valores humanos, pois, não trata-se unicamente de conhecimento teórico e colocá-lo em pratica no processo dos serviços, mas, deve ser exercido de modo agregado nas atitudes dos profissionais, no respeito ao outro, aceitar da maneira que se encontra

no momento, longe de rótulos sociais, como o preconceito. (BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 235).

Em Bredow; Dravanz (2010, p. 234 – 235) a prática quanto a qualidade na integralidade é transformação da atuação, fazer o usuário a se sentir aceito e acolhido, seja, no âmbito individual ou coletivo. Com objetivo de doar-se de forma integral ao ser que procura auxílio, buscar estratégias profissionais dentro da estrutura da política pública da saúde mental, que, segue até os dias de hoje em debate em muitas assembleias, a questão da prática profissional, visando como a intersetorialidade e a integralidade estão vinculadas.

2.4 ARTICULAÇÃO POLÍTICA DO CAPS

Os autores Bredow; Dravanz (2010) norteiam um sistema de atendimento de serviço social de um CAPS, mostrando o objetivo, os valores, a busca do resultado desejado e onde fica a atuação do profissional, no caso, assistente social.

Conforme o descrito a missão do CAPS é:

“[...] (1) Estimular a comunicação entre usuários, equipe e família para torná-los parte em seu tratamento, ou seja, a autonomia dos usuários; (2) Aproximar e oferecer uma rede de cuidados a partir de sua inserção na comunidade; (3) Elaborar plano terapêutico considerando as possibilidades dos usuários; (4) Construir permanentemente um ambiente acolhedor, facilitador, estruturado a partir da compreensão dos usuários enquanto portadores de direitos; (5) Servir de campo de estágio em saúde mental [...]” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 236)

Os objetivos citados acima pelos autores não garantem apenas eficiência no atendimento ao usuário, também, viabiliza a oportunidade de aprendizagem, agregando experiência profissional e abrindo oportunidade de emprego, ou seja, a reintegração social.

Na obra de Bredow; Dravanz (2010) apontam que o “trabalho profissional é interdisciplinar, realizando encontros semanais, para debater as potencialidades, ou seja, alternativas e soluções de problemas no espaço atendido” (BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 236). Sempre o ponto de partida são as potencialidades e nunca os limites ou dificuldades, sempre com o foco na integração do usuário e a participação familiar e amigos e vizinhos.

Quanto a atuação do profissional do serviço social, descreve da seguinte maneira:

“No espaço destinado ao Serviço Social, sua atuação possui como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento (empowerment), que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços. O Serviço Social faz-se parte essencial neste processo, utilizando mecanismos que possam garantir a socialização da informação aos usuários.” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 236)

Os autores enfatizam a importância do profissional do serviço social como um protagonista na vida das pessoas que utilizam das políticas públicas em saúde mental, nas conquistas de novos espaços e propiciando sempre o melhor atendimento na integralidade. Buscando meios estratégicos da comunicação e articulação da intersetorialidade, promovendo o foco da reinserção social.

Ainda em Bredow; Dravanz (2010, p.237) apontam que o foco importante de ser trabalhado é promoção da autonomia, emancipação, ou empoderamento de escolha. O profissional do serviço social deve criar meios de acessos a informação e dos direitos de uso das políticas públicas. Fazendo com que o usuário seja o protagonista de suas decisões.

Segundo os dados da fonte pesquisada, há uma preocupação pela ausência de conhecimento dos serviços do CAPS e acesso a informação do uso do espaço e dos direitos que por lei são garantidos. Isso, indica que ainda há situações como isolamento social quanto a um membro da família com transtorno mental severo e não sabem como lidar.

Para Bredow; Dravanz (2010, p. 237 – 238) ressalta a importância do papel do profissional do serviço social, que deve criar meios de comunicações, acesso a informação do trabalho do CAPS, superando assim os desafios. E como se faz importante a desconstrução do modelo de atendimento apenas médico e sim num todo, na visão: cultural, econômica, educação, lazer, trabalho. O papel importante da socialização dessas informações cabe ao assistente social.

Enfatizando o papel do assistente social, segundo Bredow; Dravanz (2010, p. 238 – 239), sendo o responsável da interlocução, de fazer saber, o povo, da informação necessária. Como deve também saber a realidade local e das dificuldades de comunicações e de estabelecer uma rede contatos com as demais UBS's, espaços ou serviços que possam e auxiliam no atendimento ao usuário e aos seus familiares.

Seguindo a lógica de pensamento de Bredow; Dravanz (2010) é um erro pensarmos o funcionamento do CAPS, apenas de forma de um espaço determinado geográfica e estruturalmente física, é necessário como outras instituições que trabalham com promoção de inserção social (igreja, escola, clubes, cursos de capacitação profissional e outros) da região atuem da mesma forma. Neste caso, a criatividade do assistente social é a sua principal e melhor arma.

Esses dados obtidos pela fonte elucida a importância do papel do assistente social, que, encontrou dificuldade na comunicação com as UBS's, porém encontrando resultados positivos na aproximação dos serviços de enfermagem, psicologia e atendimento médico. Como a diminuição de distância entre elas para o atendimento.

Em Bredow; Dravanz (2010) na questão da pesquisa assuntos como visitas domiciliares, segunda a demanda de cada unidade de saúde, a questão sobre a ausência de recursos humanos e subsídios, são exemplos de temas para debates, que o profissional da assistência social depara e devem ser superados. Ausência de treinamento aos profissionais e o significado do CAPS. Por tanto, a ideia central desse dado é apresentar a importância de “troca” de informações, “troca” de experiências, pois, nem tudo pode se esperar pela intervenção do Ministério da Saúde.

Em Bredow; Dravanz (2010) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) fazem uma importante referência a uma instituição muito importante na sociedade e considerada a mais poderosa do mundo “família”, a obra de Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) norteiam com orientações como a família deve se posicionar frente aos sintomas da patologia e como supera-los com uma boa participação.

3 AUXÍLIO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DO SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo apresenta o auxílio da família e a importância de sua atuação no tratamento, pois não depende unicamente dos profissionais da rede de saúde mental, para promoção de inserção social. É necessário que todas as instituições estejam engajadas e a primeira e a mais importante de todas é a família.

Segundo a obra de Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) descreve a importância da família no contexto do tratamento de um distúrbio mental, pois, após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/01, que ocorre a desconstrução do antigo modelo de atendimento, a família hoje torna-se o novo modelo de atendimento terapêutico, onde os pacientes convivem a maior parte do tempo. Então, é necessário a participação da família.

Entretanto, para os autores Borba (2008, p. 590), Almeida et. al. (2010, p. 03 – 04), apontam para as problemáticas da família, que são informações coletadas pelos CAPS, UBS's e pelos núcleos de atendimento psicológico social. São chamadas de sobrecargas objetivas e subjetivas.

“A sobrecarga objetiva se refere às consequências da alteração da rotina e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos, dentre outros. O cuidado com o paciente portador de um transtorno mental grave requer adaptações na vida diária, e os cuidadores acabam por desistir ou mudar os seus objetivos, deixando de viver sua realidade e passando a viver uma realidade construída a partir do convívio com o paciente.” (ALMEIDA et. al. 2010, p. 03)

A sobrecarga objetiva pode também afetar a saúde da família de maneira indireta, no físico, como dores nas costas, insônia e uma mudança abrupta na rotina, como mudança em projeto de vida.

“A sobrecarga subjetiva se refere a distúrbios emocionais experienciados pelo cuidador ou às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados pelo fato de ter que cuidar de um paciente esquizofrênico.” (ALMEIDA et. al. 2010, p. 05)

Com a sobrecarga subjetiva está correlacionada com problemas emocionais, sentimentos de angústia, culpabilidade, tristeza profunda e desgaste de energia excessiva na convivência.

Segundo os autores Borba (2008), Almeida et. al. (2010) e Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) a chegada de um transtorno mental na família, como no

caso da esquizofrenia, que causam ao indivíduo comportamentos inadequados ou ausência de comportamentos adequados, afirmam causar um forte impacto na família, como tivessem sofrido um atropelamento de trânsito, por um veículo automotor de grande porte.

Para Borba (2008, p. 590) e Almeida et. al. (2010, p. 04) a família não tem formação técnica especializada e nem encontra-se preparada emocionalmente e financeiramente para lidar com a situação de transtorno mental, como a esquizofrenia, considerada uma doença de alta complexidade no tratamento.

Para Bredow; Dravanz (2010) essas informações são de extrema importância para o profissional do serviço social, pois, tratam-se de informações abrangentes nos aspectos da cultura, sociedade, dificuldade familiar, fonte de renda, educação, emprego, situação emocional da família havendo a necessidade de um acompanhamento psicológico, para lidar com os sintomas. Obtendo essas informações e fazendo a troca delas e de experiências na intersectorialidade, simplifica o serviço social.

A obra de Palmeira; Geraldes; Bezerra (2013, p. 23 – 28) vão de encontro a proposta da obra de Bredow; Dravanz (2010, 236 – 238) estratégias de enfrentamento da doença para os pacientes e familiares, que viabilizam e facilitam o serviço do assistente social, destacando a importância do seu papel na articulação da política de saúde mental.

Em Palmeira, Geraldes; Bezerra (2013) apontam que os familiares não devem negar os sintomas da doença e procurar o tratamento. Tanto, para os pacientes, quanto para os familiares. Aqui trata se do primeiro contato com uma rede especializada para ter “informação” do que é a doença, os encaminhamentos e qual a melhor forma de seguir na convivência.

Também destaca a importância da família no auxílio em atividades e medicação que devem ser acompanhada e supervisionada de maneira mais adequada possível, seguindo restritamente as orientações da equipe técnica da saúde, de um CAPS, por exemplo. E ampliar a socialização da família e do paciente para com outras famílias, que passam pela mesma dificuldade. Uma troca de experiências (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA 2013, p. 24)

Ainda em Palmeira; Geraldes; Bezerra (2013) indicam que, sim, deve se estimular a família ao lazer. Como passeios, esportes, teatro, cinema e outras

formas criativas de socializar, promovendo a inserção do indivíduo. Ao invés de utilizar o isolamento social como solução de inibir ou evitar os comportamentos inadequados do paciente que causam constrangimento. Esses tipos de atividades compete a atuação do assistente social na elaboração de projetos de socialização, buscando parcerias internos e externos da rede de saúde.

De acordo com Palmeira, Geraldês; Bezerra (2013) a família tem o papel muito importante de combater a estigma do preconceito, pois, com a chegada da doença tudo muda, inclusive sobre seus conceitos a respeito quando a família dos outros tem um “louco”, rotulamentos do senso comum e agora a minha família tem um. O trabalho do assistente social pode intervir com palestras e encaminhamentos para tratamento de grupo.

Em Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, p. 28) afirma que é importante para que o paciente tenha bons relacionamentos com amigos, grupos de apoio e outras pessoas que sofrem com uma doença mental. O assistente social pode e deve promover encontros como eventos sazonais ou com equipe interdisciplinar para socializar.

“Força de vontade, autoconfiança e psicoterapia.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013 p. 28) apontam ser características importantes para que haja um bom processo evolutivo positivo para o tratamento e facilitação dos serviços dos setores da saúde mental. São três aspectos que devem ser intrínsecos, tanto no paciente, quanto na família.

“Fazer psicoterapia.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013 p. 28) É dialogar com um profissional da psicologia para auxiliar em cada etapa de recuperação. Essa orientação faz com que haja uma frequência da participação do paciente e dos familiares, no uso do espaço e principalmente a articulação de trocas de informações que auxiliam, são dois profissionais que devem sempre manter contato, para haver um trabalho em parceria.

Ainda em Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, p. 177) traz um aspecto muito importante do papel da família no auxílio do tratamento, o relacionamento. Aponta que existem tipos de relacionamento que não são saudáveis para o paciente e também não ajuda a equipe multidisciplinar.

Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) apontam os tipos de relacionamento que interferem no tratamento e na relação profissional como um psicólogo ou um

assistente social, que são: hipercrítica, superproteção, permissividade, hostilidade e superenvolvimento afetivo.

Para Bredow; Dravanz (2010) tratam-se de dados coletados durante uma visita domiciliar e que devem ser trabalhados em psicoterapia, são trocas de informações entre os profissionais como da enfermagem, assistência social ou da psicologia, que fazem um diagnóstico e criam mecanismos para melhorar abordagem para cada situação.

Em Palmeira; Geraldes; Bezerra (2013) descreve os conceitos de cada comportamento padrão de relação familiar, de emoção expressada pelos familiares que interferem no tratamento e no atendimento, no caso, de uma esquizofrenia. Obtendo a base sempre dos filhos serem os portadores e os genitores são os contrapontos dos comportamentos.

Primeiro, um ambiente “Hipercrítico”, trata-se de um ambiente de convivência cercada de críticas, cobranças excessivas de algum progresso, exemplo, na realização de tarefas domésticas, onde que, um dos genitores não compreende ou negligência a presença da doença mental. Como não há uma patologia física, ou, observável, em muitos casos o paciente é rotulado de preguiçoso. (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 178).

“Um ambiente familiar hipercrítico é causado por um ou mais membros que cobram exaustivamente do paciente um movimento de mudança da sua rotina, que o criticam pela sua ineficiência nas tarefas do dia a dia, pela incapacidade de se tornar independente e de arrumar um emprego e que não são capazes de reconhecer um pequeno avanço, pois mantém expectativas muito elevadas.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 179)

Podemos entender a partir desse ponto que não há um objetivo de auxiliar o filho no tratamento, temos a questão dos genitores que deixam de acreditar em suas potencialidades e durante o decorrer da história, não procuram ajuda adequada, permitindo a evolução progressiva do quadro patológico e também prejudicando a relação familiar que segue desgastando, causando sérios problemas emocionais e até físicos.

De acordo com esse exemplo, em Palmeira; Geraldes; Bezerra (2013) fica difícil promover a autonomia e o empoderamento do filho em adquirir um emprego, por exemplo, o ato de sua capacidade em tomar suas próprias decisões, a certeza do que está fazendo e sentindo-se muito cobrado de qualquer evolução de imediato pela genitora, por exemplo.

“A superproteção decorre de uma necessidade instintiva de proteger a pessoa amada e é percebida como frágil ou incapaz.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 183) Trata-se de um exemplo típico da genitora materna que interfere em tudo na vida do filho que tem um transtorno mental, acreditando que não é capaz de fazer as coisas sem ajuda dela, invadindo sua privacidade ou individualidade e sentimento de culpa, pelo filho estar em condição de doente mental. .

De acordo com esse exemplo, para Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) é um típico caso de que o mundo é muito perigoso para meu filho. Privando e sufocando, não deixando espaço para sair com os amigos ou conhecer alguém ou até mesmo ficar em seu quarto, no momento de sua individualidade. Ou seja, em um acompanhamento médico, seria a mãe ou filho? São comportamentos por parte da genitora materna, na maioria dos casos, que causam estresse ao paciente, fazendo despertar o desinteresse de seguir com tratamento.

No conceito de “Permissividade”, diz o seguinte:

“[...] decorre de duas razões principais: provém do medo de que o paciente que possa ter uma crise ou uma reação inesperada se for contrariado ou se lhe **puserem limites e regras**, ou pode ser resultados do cansaço, quando o familiar desiste de se impor, não ver resultados em suas investidas.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 186) (grifo nosso)

A partir da visão dos autores é possível perceber a problemática da ausência do comportamento, no momento de atuar a imposição de regras, a rede de saúde pública é constituída por uma política organizada, por isso, chamada de políticas públicas, como que um indivíduo sem limites ou que tenha se quer agregado um sentimento de respeito por regras ou limitações vai seguir com tratamento complexo, que exige sua participação e da família.

Na visão de Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) refere-se aos hábitos incomodadores ou expressão de emoção altamente elevada, através da raiva, como impor a regra de fumar, qual o momento e local adequado, regras quanto a higiene pessoal e do dia a dia da casa ou de um local de trabalho que segue uma constituição de regras, limitando comportamentos inadequados.

Para o conceito de “Hostilidade” refere-se da seguinte maneira:

“[...] é aquele que ocorre com frequência, agressões e ofensas entre as seus membros. Ele pode ser consequência de um padrão de relacionamento hiper crítico, superprotetor ou permissivo, [...] sendo uma via de mão dupla, ou seja, pacientes e familiares contribuem igualmente para a instalação do clima hostil, não sendo justo atribuímos sua causa exclusivamente à esquizofrenia.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 190)

Em uma situação de um ambiente hostil é comum acontecerem situações de agressões verbais e físicas, comportamentos que não se atribuem aos sintomas da esquizofrenia, partindo de ambas as partes, da família e do paciente. A ausência de paciência de uma família com relacionamento hostil pode e interfere no processo de tratamento, dificultando o trabalho do serviço social.

É possível a partir da concepção de Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) referente ao um ambiente hostil episódios de tragédias, como violações do direitos humanos e agressões físicas severas, sendo em alguns casos, dados coletados em demandas de visitas domiciliares pelo assistente social e o psicólogo da rede de saúde mental.

O “Superenvolvimento Afetivo” pode ser definido como:

“[...] uma tendência recorrente ou persistente de ter experiências emocionais negativas por maior vulnerabilidade individual ao estresse e por interpretações catastróficas de fatos cotidianos comuns, avaliando situações corriqueiras como ameaçadoras e frustrações como dificuldades intransponíveis.” (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013, p. 195)

Para esses autores é comum em um ambiente de superenvolvimento afetivo responsabilizar o outro ou os sintomas ao invés de procurar auxílio adequado, agravando ainda mais o quadro para um avanço crônico. E a demora de procurar ajuda e resistência em mudar de pensamento em aceitar a doença, também são fatores que contribuem para dificuldade do serviço social ou da psicologia.

Seguindo com a linha de pensamento de Bredow; Dravanz (2010) e Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) são dados significativos coletados no serviço social, durante uma visita domiciliar, geralmente sempre presentes, o assistente social e o psicólogo da instituição. Com o objetivo de ter a melhor informação possível do paciente na sua relação com ambiente familiar e realizar a melhor forma de intervenção para cada caso.

Em Bredow; Dravanz (2010) e Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) se pode perceber que existem um conjunto de fatores que interferem no papel do serviço social, que vão muito mais além dos muros de um instituição como CAPS ou uma UBS. São fatores de características sociais, culturais e econômicas partindo do pressuposto histórico que também contribuem para o adoecimento mental, não somente do paciente mas, também, da família.

Para Bredow; Dravanz (2010) é muito importante para que o assistente social adquira, agregue em seu conhecimento, competências teóricas que articulem as informações de diversas maneiras, utilizando-se da comunicação social, seja visual ou auditiva, por meio de cartazes ou palestras.

Em Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) se percebe a importância da família em procurar auxílio especializado quando um membro da família sofre de um surto psicótico e compreender: o que é, como é, qual a atitude mais adequada com a situação, aceitar a doença e vencer seus obstáculos. Esse tipo de comportamento por parte da família é fundamental para que facilite os serviços da rede de saúde diminuindo risco de vulnerabilidade social.

Em Bredow; Dravanz (2010, p. 238) no que se refere a visitas domiciliares é uma das alternativas do profissional fazer uma coleta dessas informações, tendo assim uma demanda histórica de cada caso, por exemplo, dos citados acima, para fazer a articulação de informações com a equipe técnica do CAPS e realizar a melhor forma de abordagem, para auxiliar.

Almeida et. al. (2010, p 03) ressalta uma preocupação na questão sobre a sobrecarga objetiva na família no convívio com aparecimento de um transtorno mental, o lado econômico. Também, sendo dos desafios dos profissionais do setor social. Trata-se de famílias de baixa renda e que dependem de uma fonte geradora financeira, e, em muitos casos só um da família tem o recurso.

Implica em custeios de medicação e transportes e que depende em alguns casos de recorrer aos benefícios solicitados, pelo serviço social. E outros desafios emergem, como dificuldade de locomoção e a participação deste membro familiar nas atividades do CAPS, sendo as vezes o único parente.

De acordo com Bredow; Dravanz (2010) e Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013) é possível ver o assistente social como um mediador entre as famílias, o vínculo com a instituição e com outras dependências de serviço social. Criando meios e articulando as trocas de informações, mantendo em qualquer ambiente uma harmonia nas relações. O que agrega a integralidade no atendimento ao usuário e aos seus familiares.

Os autores Palmeira; Geraldês; Bezerra (2013, p. 200) afirmam que: “A primeira atitude do familiar deve ser ouvir.” Ouvir de forma reflexiva, saber ouvir,

evitando reações de discordância, comentários desnecessários ou ofensas. Mesmo que as atitudes do paciente sejam absurdas.

Não se trata de concordar com situação, mas trata-se de como lidar com a situação, naquele momento, ou seja, surto psicótico, buscando uma aliança na relação e isso se aplica também aos cuidadores especializados das UBS's nos atendimentos.

De acordo com Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013, p. 198) um dos dilemas familiares é "lidar com a negação da doença e do tratamento." No que remete na aceitação da doença e do tratamento e a negligência do paciente em ingerir os remédios, o que, em conseqüentemente, acarreta em recaídas e hospitalizações.

No artigo de Jucá; Nunes; Barreto (2009, p. 174) descreve um programa paralelo com a política do CAPS, que é o Programa Saúde Família. Após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, emergiu um plano de política pra ter continuidade do tratamento, surgindo também na década de 80 Programa de Saúde da Família (PSF).

Para Jucá; Nunes; Barreto (2009, p. 174) e Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013, p. 175) a família é a primeira instituição social do desenvolvimento humano, pois, é dela que o indivíduo recebe os primeiros valores, base educacional para definir o certo do errado, as possibilidades de mudança de comportamento.

É possível perceber o quão quanto importante se faz a participação da família no tratamento, além do assistente social, a família também é o novo modelo de intervenção, são promotores da saúde mental.

Com os autores Borba (2008), Almeida et. al. (2010), Bredow; Dravanz (2010) e Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) foi possível apresentar a família como uma instituição que articula interno e externo da instituição de uma rede de saúde mental e a importância de sua participação nos serviços do assistente social em seu auxílio no atendimento, no foco de uma boa relação interpessoal.

E, de acordo com Palmeira; Geraldles; Bezerra (2013) um dos desafios para os colaboradores do serviço de saúde mental, em especial o serviço social é a negação da doença. A não aceitação e a ausência de amadurecimento de aderir ao tratamento, como: negligência dos medicamentos, absenteísmos nos encontros ou eventos promovidos pela UBS, são fatores que implicam no atendimento e no progresso de melhora e que pode até pendurar por anos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresenta aqui as considerações finais da pesquisa pelo autor sobre a atuação do profissional, o Assistente Social, na área da saúde mental, demonstrando os benefícios e vantagens, os desafios atuais deste profissional, como fica a atuação da família em termo de auxílio no atendimento e propostas futuras de trabalho e pesquisa, mediante ao embasamento teórico utilizado para elaboração deste trabalho.

De acordo com a pesquisa feita em Bredow; Dravanz (2010) que relata a atuação do assistente social, segundo a revisão bibliográfica encontrada, é possível afirmar a importância essencial dos serviços, no que se refere as articulações políticas, dentro das políticas públicas, internas e externas de uma instituição, exemplo, os CAPS ou NAPS.

Este profissional é o que se mantém informado da legislação que rege as formas de benefícios ao povo e as diretrizes do SUS que se aplicam aos profissionais da rede e aos usuários, direitos e deveres. Como também é o profissional que elabora meios e recursos criativos de acesso a informação, parcerias com outras instituições públicas ou privadas e a comunicação intersetorial.

Como discutido anteriormente, é a articulação das informações que contribuem para um melhor atendimento ao usuário e o viés de facilitar a troca de experiências entre os profissionais da rede com o atendimento, como: campanhas de prevenções, pesquisa regional de surtos de uma determinada doença, como fazer um plano estratégico criativo de abordagem e qual o melhor plano de intervenção a se fazer.

E como é importante ressaltar a questão da integralidade aos serviços de atendimento, o que, até em tempos atuais são discutidos em assembleia, sobre o comportamento da equipe multiprofissional, aos prazos de atendimento, no que se destaca a questão ética, comprometimento de todos, seja, um profissional ou voluntário e principalmente o membro familiar.

Com tudo, é importante frisar a questões sobre os desafios que este profissional depara-se, para fazer um papel eficaz e eficiente. A ausência de compreensão e comprometimento dos setores de atendimento ao usuário e ausência de participação por parte dos familiares do paciente.

O assistente social, segundo a pesquisa, é o mediador de conflitos e um pesquisador de demandas, assim como um psicólogo, aos quais atuam juntos, pois um está vinculado ao outro. Lembrando que devemos ver o indivíduo como um todo e não apenas o foco da patologia, uma visão médica de antes, e que, há outros aspectos que interferem e eliciam uma evolução negativa da patologia, que são os fatores sociais, econômicos e culturais.

Como propostas de trabalho, na área de saúde mental, a primeira é o incentivo de aumento de pesquisa, com temas pertinentes a este, no social, muitas destas fontes pesquisadas, foram encontradas em revistas da enfermagem e medicina. É necessário pesquisa de outras áreas das ciências humanas, como: Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria.

Outra proposta importante é a insistência de planos criativos de articulação de informações nos setores de atendimento, seja para prevenção, eventos de socialização, troca de experiências, como discussão de casos e isso também cabe e favorece aos familiares. Soluções como reuniões técnicas elaboradas de formas periódicas, para campanhas ou discussão de caso.

Buscar parcerias com outros órgãos competentes na área social, como prefeitura e casa de cultura da região, com o foco de promoção de inserção social: na educação, trabalho, saúde e cultura. Como também trazer junto a parceira do comércio e a transmissão de informação por meio da mídia, ou seja divulgação local, sobre os eventos da instituição. Exemplos: O dia da beleza, uma feira de culinária ou das profissões, promovendo a interação social, entre familiares, amigos, instituições e os pacientes.

O serviço social a partir da pesquisa fundamentada, pode entender-se, como um elo articulador entre as pessoas e os setores envolvidos no atendimento em saúde mental, proporcionando a mobilização entre as equipes e promotor da divulgação de informação, na busca de subsídios e benefícios. Como também é responsável de fiscalizar os deveres de cada área responsável do atendimento ao usuário, inclusive a família.

Por tanto, fica em evidência a importância da atuação do serviço social, na questão de orientação, criatividade de divulgação da informação, o manuseio de técnicas administrativas nas articulações políticas segundo as diretrizes, a

desenvoltura na comunicação na busca de parcerias na promoção da reinserção social, prezando a integralidade e a ética que cabe ao assistente social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcelo Machado de; SCHAL, Virginia Torres; MARTINS, Alberto Mesaque; MODENA, Celina Maria **“A sobrecarga dos cuidadores de pacientes com esquizofrenia”**, Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/2010nahead/1312.pdf> Acesso em 03 de out. de 2017.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **“A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental”**. Revista Acta Paul Enferm, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4> Acesso em: 03 de out. de 2017

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. **“Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e as perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva”**. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, 2010

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de, **“A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado do doente mental na família”**. Revista Latino-americana de enfermagem, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1551/1596> Acesso em: 18 de ago. de 2017.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. **“Programa saúde família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede”**, 2009. Revista Ciência & Saúde. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/630/63014119/> Acesso em 16 de out. 2017

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahan; RODRIGUES, Jefferson **“O movimento antimanicomial no Brasil”** Artigo Article, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a16v12n2.pdf> Acesso em 16 de ago. de 2017

PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. **“Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?”** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Interciência, 2013;

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes **“O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção familiar”**. Revista de Enfermagem da USP, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033294017.pdf> Acesso em 18 de ago. de 2017.