

TRANSTORNOS MENTAIS NA MULHER E AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL: UM ESTUDO NA UBS “BELO HORIZONTE” DE PRESIDENTE PRUDENTE

Rosângela Aparecida Ruiz FERREIRA¹
Juliene Aglio PARRÃO²

RESUMO: O presente trabalho aborda a saúde mental da mulher e as possibilidades de atuação do Assistente Social frente a essa demanda. Traz um breve contexto histórico da saúde mental no Brasil e tem os transtornos mentais da mulher como objeto principal do estudo. O tema da pesquisa está inserido no contexto da Política de Saúde, onde o trabalho do Assistente Social se faz através da Atenção Básica. O trabalho é fruto da supervisão acadêmica e do estágio supervisionado realizado na UBS Dr. Darcy Carneiro de Presidente Prudente, popularmente conhecida como “UBS Belo Horizonte”. Para a elaboração da pesquisa fez-se uso dos métodos dialético e quantitativo e utilizou-se de documentação indireta de fontes secundárias, da coleta de dados referentes aos atendimentos realizados na própria instituição e dos apontamentos feitos pelas profissionais Assistente Social e Psicóloga da citada UBS. Para o embasamento da pesquisa utilizou-se referencial bibliográfico e de meio eletrônico, onde se buscou descrever de forma breve os transtornos mentais a que são acometidas as mulheres de modo geral e também as atendidas pela saúde mental na unidade.

Palavras-chave: Saúde mental. Mulher. Reforma Psiquiátrica. Transtorno mental.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa um breve estudo sobre a saúde mental das mulheres atendidas na UBS “Belo Horizonte”, o trabalho do Assistente Social e suas possibilidades de intervenção frente a essa crescente demanda.

A escolha do tema se deu devido à vivência adquirida através do estágio supervisionado, realizado na citada Unidade Básica de Saúde, na qual as demandas atendidas são na imensa maioria relacionadas á saúde mental da mulher.

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

² Docente do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Doutoranda em Serviço Social pela PUC São Paulo. Orientadora do trabalho. juliene_aglio@toledoprudente.edu.br.

O trabalho tem como finalidade a avaliação semestral da Supervisão Acadêmica, do sexto termo do curso de graduação em Serviço Social do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente.

A pesquisa possui relevância social, pois aborda a saúde mental da mulher que é uma das maiores demandas contemporânea para o Serviço Social na área da saúde e é causa de muitos conflitos e sofrimentos para as pacientes e seus familiares.

No primeiro tópico traz breves considerações sobre saúde mental e algumas definições sobre o assunto. No segundo aborda a Reforma Psiquiátrica e sua contribuição para a garantia de direitos às pessoas com transtornos mentais. Em seguida fala sobre a Atenção em Saúde Mental no Brasil e destaca os seus avanços referentes aos cuidados em saúde mental. Nos tópicos seguintes discute alguns transtornos mentais específicos da mulher e a intervenção do Assistente Social nesse contexto. A finalização do trabalho se dá por meio de um estudo feito através dos atendimentos realizados na UBS “Belo Horizonte” de Presidente Prudente.

2 SAÚDE MENTAL BREVES CONSIDERAÇÕES

Atualmente muito se tem discutido sobre saúde mental, isso se dá devido ao grande número de pessoas que apresentam algum tipo de transtorno ou de sofrimento mental. A sociedade moderna é palco de conflitos, aflições e embates que geram nos sujeitos inúmeras interrogações e problemas sem as devidas respostas.

Muitas vezes os indivíduos não conseguem lidar com fatos do cotidiano a ponto que essas situações se tornam motivo de angústias e de grande sofrimento emocional, comprometendo assim sua saúde mental.

Organização Mundial da Saúde define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

Como podemos perceber existe uma definição bem mais ampla e complexa que nos faz enxergar que o conceito de saúde mental engloba muito mais que não ter algum tipo de transtorno mental ou algum outro problema de cunho psiquiátrico.

A Organização Mundial de Saúde afirma ainda, que diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, ter saúde mental é:

- Estar bem consigo mesmo e com os outros;
- Aceitar as exigências da vida;
- Saber lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis, mas que fazem parte da vida;
- Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário;

Ainda de acordo com a citada Secretaria, algumas dicas para manter uma boa saúde mental:

- Mantenha sentimentos positivos consigo, com os outros e com a vida;
- Aceite-se e às outras pessoas com suas qualidades e limitações;
- Evite consumo de álcool, cigarro e medicamentos sem prescrição médica;
- Não use drogas;
- Pratique sexo seguro;
- Reserve tempo em sua vida para o lazer, a convivência com os amigos e com a família;

Como citado anteriormente, a saúde mental vai além da ausência de doenças mentais. É também um direito do cidadão previsto na Constituição Federal que deve ser garantido e efetivado através das Políticas de Saúde.

Em busca dessa efetivação dos direitos dos sujeitos acometidos por transtornos mentais ocorreram ao longo da história do Brasil significativos avanços, dentre os quais a Reforma Psiquiátrica pode ser citada como ponto de partida para as transformações ocorridas na forma de tratamento dos pacientes da saúde mental.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A humanidade convive com os transtornos mentais há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, a pessoa com sofrimento mental fez parte do imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos padrões de comportamentos morais vigentes, a pessoa com transtorno mental é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem. (HUMANIZASUS- SUS).

Desde a Idade Média as pessoas com transtornos mentais eram trancafiados em grandes asilos e hospitais e lá conviviam com inválidos, portadores de doenças venéreas e mendigos, ficavam à mercê de todo tipo de doenças. Conviviam no mesmo espaço os considerados inofensivos e também os violentos. Dependendo do grau de violência, os mais perigosos eram acorrentados e aos inofensivos era permitido sair para mendigar.

O médico Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propôs uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa.

Surgem os manicômios e o tratamento sugerido por Pinel era baseado na reeducação dos alienados e na extinção dos comportamentos indesejáveis e inadequados, onde a conduta médica deveria ser firme, porém gentil. A loucura era vista como uma conduta moral inadequada.

Contudo, com o passar do tempo o tratamento moral de Pinel perde força e se modifica permanecendo as ideias corretivas da conduta e do comportamento dos doentes. As instituições, para manterem a ordem e a disciplina, usavam medidas físicas como banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias entre outros castigos impostos aos doentes mentais.

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era compreendido como comportamento moral passa a ser entendido também como uma doença orgânica. No entanto o tratamento aos doentes permanece o mesmo.

Inicia-se, a partir de então, uma radical crítica da compreensão e do tratamento dado aos doentes mentais pelas instituições. (BISNETO 2009, p.181). Essa crítica ao saber das instituições psiquiátricas foi desencadeada na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia, repercutiu em todo o mundo e particularmente no Brasil.

A partir daí nasce o movimento da Luta Antimanicomial, profundamente marcado pela ideia da defesa dos direitos humanos e da cidadania dos que possuem transtornos mentais.

Conjuntamente, aliado a essa ideia, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

O referido movimento no Brasil buscou a mobilização dos profissionais da saúde mental bem como dos familiares de pacientes com transtornos mentais. O país vive nessa época, um momento de redemocratização e mobilização político-social e o movimento da Reforma Psiquiátrica se insere nesse contexto.

Alguns acontecimentos importantes, ocorridos no final da década de 1980, como fechamento de clínicas psiquiátricas e a revisão legislativa impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (ROSA, 2000).

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental que visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. Segundo, Rosa (2000, p.27):

Não há dúvidas de que esse período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e

colocando o país pari passu aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica.

Dessa forma, entendemos que houve no país um avanço muito significativo no que diz respeito ao tratamento e a defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e que a partir da origem da Política de Saúde Mental foi possível pensar no referido transtorno como um caso específico relacionado a questões de saúde, desconstruindo assim a imagem de que os mesmos estariam ligados à desvios de conduta moral.

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

3 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Como citado anteriormente, a partir da Reforma Psiquiátrica e com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, o Brasil vem vivendo a desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais. Esse fato nos remete a pensar em um atendimento mais humanizado às pessoas em estado de sofrimento mental por parte dos profissionais e da rede de serviços envolvida nesse processo.

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade.

A atenção básica é a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde. Nesse sentido se faz necessário aos profissionais de saúde se apropriarem de conhecimentos específicos para a realização desse trabalho.

Com o aumento da procura por cuidados em saúde mental por parte dos usuários do SUS, viu-se a necessidade da inserção de questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia de Saúde da Família – ESF.

A ESF é a porta de entrada do SUS, sua concepção de saúde é baseada na promoção da qualidade de vida, seu trabalho é diretamente voltado e integrado com a Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto é um mecanismo importante para a integração das ações de saúde mental.

Tal integração deve ser articulada com a rede de serviços que incluem os CAPS, Centro de Atenção Psicossocial. Tal serviço surgiu em 1986 se integrando ao contexto da Reforma Psiquiátrica. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. O CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02:

- **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Semi-Intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Cada CAPS, por meio de profissionais qualificados, deve oferecer ao usuário um projeto terapêutico que leve em consideração suas necessidades individuais, desenvolvendo assim um atendimento personalizado de acordo com as necessidades e particularidades de cada um, como também as iniciativas de seus familiares e o território onde está localizado, respeitando sua cultura local e regional.

Ainda no intuito de melhora nas condições de atendimento à pessoa com transtorno mental o Ministério da Saúde, através da Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ampliando e promovendo o acesso da população garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção em saúde no território. A qualificação do cuidado é feito por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Qualquer pessoa está sujeita, em algum momento da vida, à sofrer de algum transtorno ou sofrimento mental. Tais transtornos não possuem indicativos de idade, raça, sexo ou classe social.

As tribulações e as preocupações decorrentes dos processos sociais da vida moderna contribuem para o aparecimento desses transtornos, que podem sofrer agravos se não forem diagnosticados e tratados adequadamente.

As mulheres, muitas vezes com suas jornadas duplas e até triplas, estão cada vez mais sendo acometidas por problemas de ordem mental. Entre as doenças mentais que mais acometem as mulheres está a depressão, que será discutida no próximo tópico desse trabalho.

4 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS QUE ATINGEM A MULHER NA ATUALIDADE

Como citado anteriormente, os transtornos mentais podem acometer qualquer pessoa e em qualquer fase da vida. De acordo com Pinho e Souza (2012):

[...] entre as doenças mentais, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) vêm se destacando, principalmente entre as mulheres. Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas psicossomáticas. Esses transtornos alteram o funcionamento normal dos indivíduos, prejudicando seu desempenho na vida familiar, social, pessoal e no trabalho.

Nesse sentido, entendemos que a vida moderna é extremamente estressante e desgastante para toda a sociedade principalmente para a classe trabalhadora. Para as mulheres a sobrecarga de estresse e preocupações tem afetado diretamente sua saúde mental e psicológica.

Segundo explica a psicóloga Ana Anerzel Kernkraut (2014), coordenadora do serviço de Psicologia do Hospital Israelita Albert Einstein, as mulheres estão mais suscetíveis a alguns transtornos mentais, ansiedade e depressão são mais comuns entre elas. "Isso acontece devido a fatores biológicos (genéticos hormonais); psicológicos (maneira de se enfrentar as situações que tenham impacto negativo na vida); e psicossociais (jornadas duplas de trabalho, incluindo cuidado dos filhos e da casa, e competitividade do mercado de trabalho)".

No entanto, não se pode afirmar que esses transtornos são mais comuns entre as mulheres, o que se sabe é que elas procuram mais por atendimento médico do que os homens, por esse motivo se tem mais registros dessas doenças nas mulheres do que nos homens.

São inúmeros os transtornos mentais que atingem a população nas sociedades modernas, em grande parte deles não há distinção de sexo para o acometimento. Esses transtornos são diagnosticados tanto em homens quanto nas mulheres. Dentre eles estão: a depressão, a síndrome do pânico, a esquizofrenia, os transtornos de ansiedade, transtorno bipolar e muitos outros.

Contudo, existem transtornos mentais tipicamente femininos. Este é o caso da síndrome do ninho vazio. Ela acontece quando os filhos saem de casa e a mulher perde o objeto de seu cuidado, gerando tristeza e solidão.

Outro transtorno que acomete exclusivamente as mulheres é a depressão pós-parto. Segundo Costa (2001, p.59):

Grande parte das mulheres após o parto (de 70 a 85%) apresentam, nos dez dias seguintes, certa tristeza, ansiedade, crises de choro, irritabilidade, cansaço e outros sintomas depressivos, em função de inúmeras oscilações hormonais e ajustamentos psicossociais que ocorrem nesse período.

Ainda de acordo com a citada autora, essa reação é considerada leve e transitória e requer o apoio emocional da família para que mãe e bebê não sofram danos maiores. Na maioria dos casos não há necessidade de intervenção médica e a mãe logo retorna as suas atividades cotidianas e aos cuidados rotineiros com o bebê sem que não haja nenhuma sequela física ou emocional para nenhuma das partes envolvidas.

A depressão é um transtorno mental que recebe várias tipificações e pode acometer qualquer pessoa e em qualquer fase da vida, independe de classe social, sexo ou ocupação profissional, porém está ligada a fatores orgânicos e também aos externos.

De acordo com dados coletados por meio de documento eletrônico:

A depressão é uma doença. Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos. (SITE: MINHA VIDA)

Nesse sentido, podemos entender que a depressão, ao contrário do que diz o senso comum, não pode ser vista como uma questão temperamental ou comportamental e sim como uma patologia que deve receber tratamento e cuidados específicos.

Ainda segundo a mesma fonte anterior, são sintomas de depressão:

<ul style="list-style-type: none"> • Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia; • Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas; • Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis; • Falta de vontade e indecisão; • Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio; • Dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos ombros, dor de cabeça ou no corpo, sensação de corpo pesado ou de pressão no peito, entre outros; • Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte; 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do desempenho sexual (pode até manter atividade sexual, mas sem a conotação prazerosa habitual) e da libido; • Perda ou aumento do apetite e do peso; • Insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual) ou, menos frequentemente, aumento do sono (dorme demais e mesmo assim fica com sono a maior parte do tempo); • Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento; • A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio; • Desinteresse, falta de motivação e apatia; • Interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom "cinzento" para si, os outros e o seu mundo.
---	---

DADOS RETIRADOS DO SITE: MINHA VIDA

A grande maioria desses sintomas está presentes na vida das mulheres que sofrem com algum tipo de depressão. Para que as causas desse sofrimento fossem identificadas, seria necessário um estudo mais aprofundado, o que poderá ser feito em trabalhos posteriores.

Contudo é possível presumir que, esse sofrimento mental causado pela depressão nas mulheres, está de alguma forma relacionado ao meio em que as mesmas vivem e a sobrecarga imposta, a elas, pela vida moderna. Tal sobrecarga é fruto do acúmulo de funções assumidas pelas mulheres em seu cotidiano de

trabalho e afazeres domésticos que incluem os cuidados prestados aos filhos e muitas vezes a responsabilidade pelo sustento de toda a família.

5 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A PROBLEMÁTICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS EM MULHERES: APROXIMAÇÕES FEITAS COM BASE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NA UBS "BELO HORIZONTE"

É muito grande o número de mulheres que procuram por atendimento na área de saúde mental na UBS "Belo Horizonte" de Presidente Prudente.

A partir de dados coletados com base nos atendimentos realizados de Janeiro a Agosto de 2015 foi possível apurar que quase a metade dos pacientes que procuraram atendimento psiquiátrico ou psicológico na unidade é mulheres. Em média são feitos 70 atendimentos mensais, pelo Serviço Social, e desses 45% são mulheres em busca de atendimento para algum tipo de transtorno ou sofrimento mental.

Ainda de acordo com o mesmo levantamento de dados, foram realizadas, no período citado, 60 triagens para novos casos de mulheres que buscavam por atendimento psicológico na unidade. Para o atendimento psiquiátrico não é necessário realizar a triagem, no entanto esse atendimento só é feito a partir de um encaminhamento médico.

Essas triagens são entrevistas que, em um primeiro momento, possibilitam ao Assistente Social identificar quais os casos necessitam de maior urgência no atendimento psicológico, uma vez que existe uma considerável fila de espera.

Através das triagens é possível identificar outras demandas que estão para além da necessidade imediata dos pacientes em busca de terapia. É possível também traçar um perfil dos usuários que buscam pelo serviço.

Nesse estudo abordaremos somente os atendimentos realizados com as mulheres, que é o foco da pesquisa. Usaremos como referência somente as triagens realizadas para novos casos, ou seja, somente pacientes que iniciaram o tratamento psicológico no referido período.

GRÁFICO 1

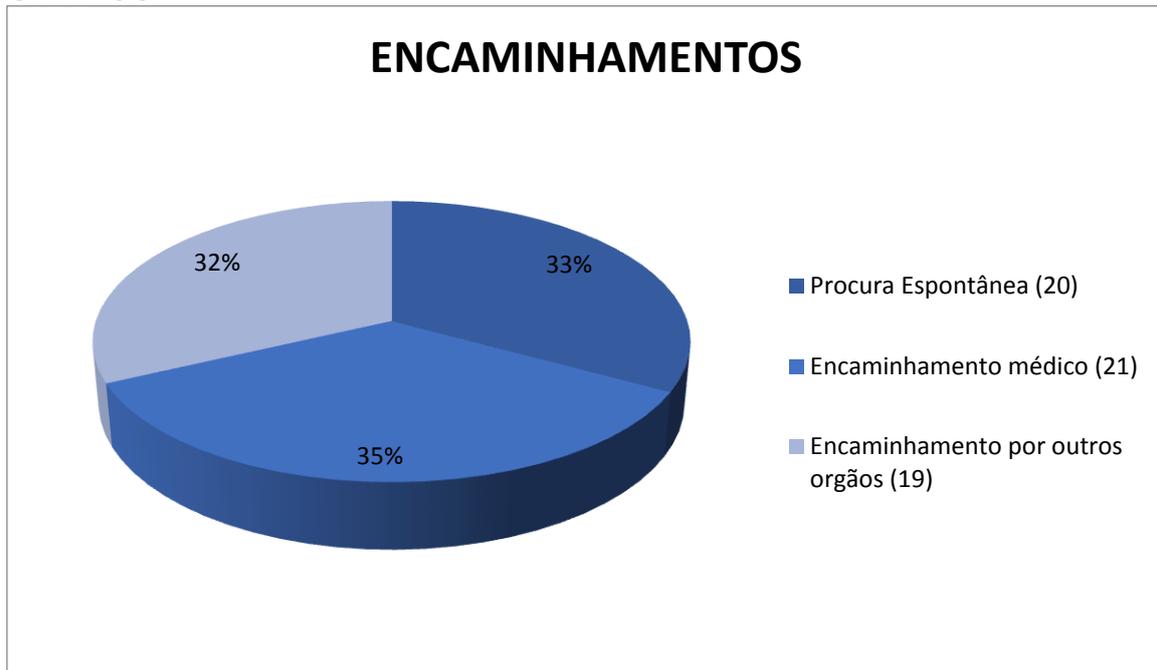


Gráfico elaborado pela autora

Através desse gráfico é possível perceber que 33% das mulheres que buscaram pelo atendimento psicológico o fizeram por vontade própria, ou seja, procuraram atendimento espontaneamente, 35% foram encaminhadas por alguma especialidade médica e 32% vieram através de encaminhamentos de órgãos públicos como Fórum, Ministério Público, Conselho Tutelar e outros.

Como visto o percentual de pacientes que procuram atendimento psicológico espontaneamente é grande. Isso demonstra que a situação vivenciada pelas pacientes causa grande incômodo e de alguma forma afeta suas vidas e seu cotidiano. Buscar atendimento profissional significa para muitas delas a possibilidade de reversão de uma situação de grande sofrimento e angústias.

As situações vividas pelas pacientes fazem parte de um conjunto imenso de violação de direitos básicos e também fundamentais, como o acesso a saúde, moradia, renda e outros. Por terem seus direitos negligenciados muitas dessas pessoas vivem de forma precária adoecem e vão em busca de atendimento, sem muitas vezes saber que apenas estão acessando um direito garantido pela Constituição Federal.

Nesse contexto, essas mulheres chegam ao serviço de saúde mental trazendo muitas queixas e aflições decorrentes de seu estado de sofrimento ou transtorno mental.

GRÁFICO 2

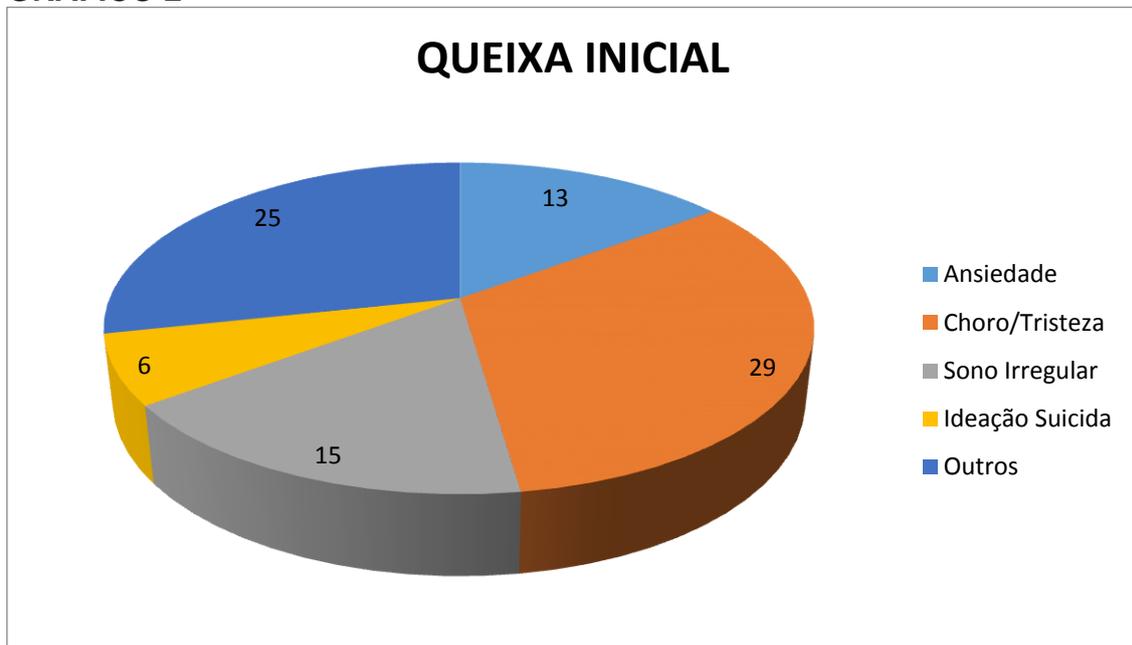


Gráfico elaborado pela autora

O gráfico 2 mostra que das 60 pacientes que compõem o estudo 13 apresentaram ansiedade, 29 choro ou grande tristeza, 15 dificuldades no sono, 6 ideação suicida e 25 outras queixas como: autoestima muito baixa, nervosismo, dificuldades nos relacionamentos, fobias, traumas, síndromes, angústias, solidão, dificuldades de concentração problemas de origem sexual e oscilação de humor. É importante ressaltar que todas as pacientes apresentaram duas ou mais das referidas queixas.

Cabe ao Assistente Social por meio da triagem o acolhimento inicial das pacientes e por meio da escuta qualificada identificar possíveis demandas que não se apresentam como necessidades imediatas, porém, dentro da realidade trazida pelas usuárias estão muitos casos de violação de direitos e vulnerabilidades que muitas vezes as mesmas nem se dão conta da gravidade e ainda consideram como fato corriqueiro.

Dentro dessas demandas podemos destacar a violência doméstica, tanto física quanto psicológica, as violações de direitos no âmbito profissional, incluindo violação de direitos trabalhistas, o assédio moral e sexual e outros.

GRÁFICO 3

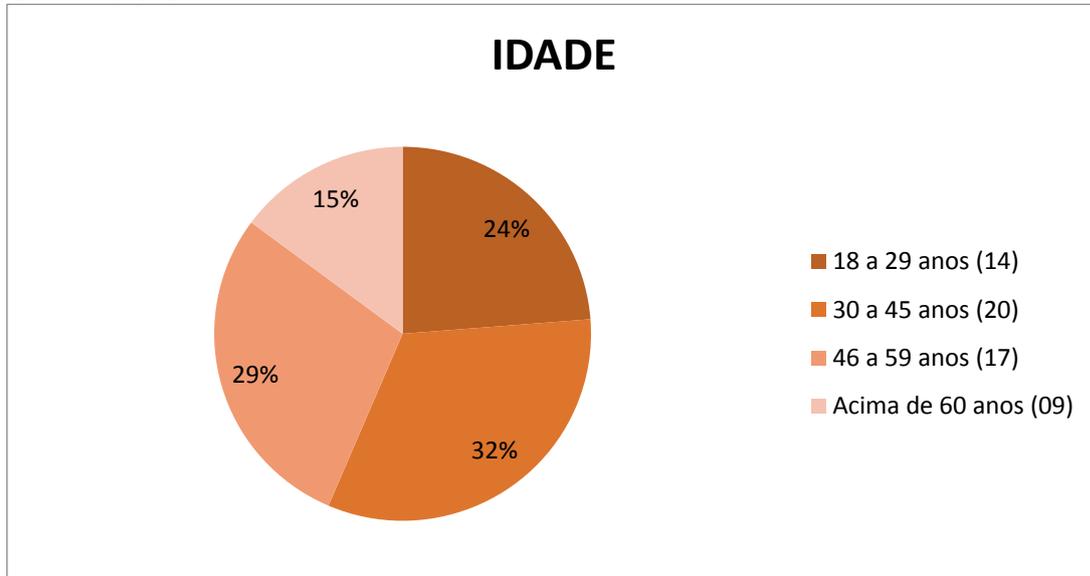


Gráfico elaborado pela autora

O gráfico 3 apresenta o perfil das pacientes por faixa etária e mostra que 24% tem entre 18 e 29 anos, 32% de 30 a 45 anos, 29% de 46 a 59 anos e 15% acima de 60 anos de idade. A análise desse gráfico mostra uma maioria de pacientes em idade mais “madura” considerando a faixa que vai dos 30 aos 59 anos.

Nessa fase da vida muitas usuárias estão enfrentando conflitos familiares, financeiros, emocionais ou profissionais que culminam em afetar sua saúde mental. Vale a pena ressaltar que o fator econômico tem grande influência quando se trata de saúde, principalmente a mental. Mais abaixo traremos dados relativos à ocupação profissional das pacientes. É importante salientar que os transtornos mentais estão intimamente relacionados a fatores externos, ou seja, ligados a questões cotidianas que causam angústias e sofrimentos que o ser humano é incapaz de controlar.

GRÁFICO 4

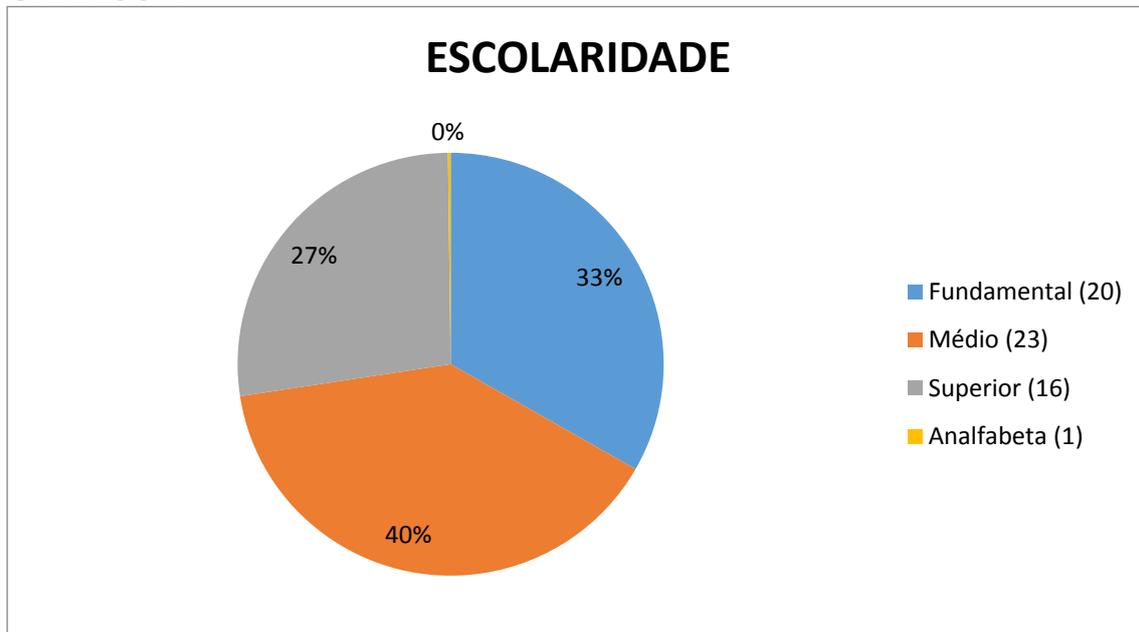


Gráfico elaborado pela autora

No quarto gráfico a análise feita é o grau de escolaridade das pacientes, sendo que 33% tem ensino fundamental, 40% ensino médio, 27% concluíram ou estão cursando o ensino superior e uma paciente se declarou analfabeta.

Fica clara a percepção de que o grau de escolaridade nada tem a ver com a existência de problemas mentais, já que existe um grande percentual de pacientes que concluíram o ensino médio e terminaram ou estão cursando o ensino superior.

No entanto, essas pessoas fazem parte da classe trabalhadora que vive um intenso embate na luta pela sobrevivência e pela garantia de uma vida com menos privações. Dessa relação entre a classe trabalhadora e o capital surgem diversas questões capazes de desencadear doenças físicas e principalmente mentais.

GRÁFICO 5

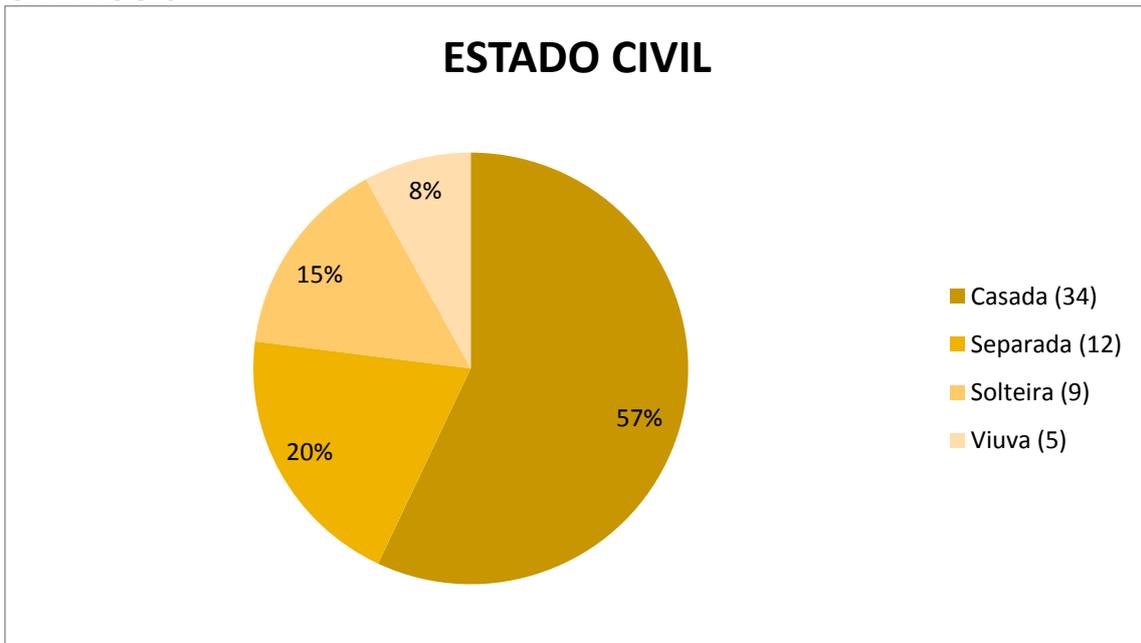


Gráfico elaborado pela autora

O gráfico 5 traz os dados referentes ao estado civil das pacientes e mostra que 57% são casadas ou convivem em união estável, 20% são separadas, 15% são solteiras e 8% são viúvas. De acordo com os dados a maioria das mulheres atendidas vive em um relacionamento conjugal.

GRÁFICO 6

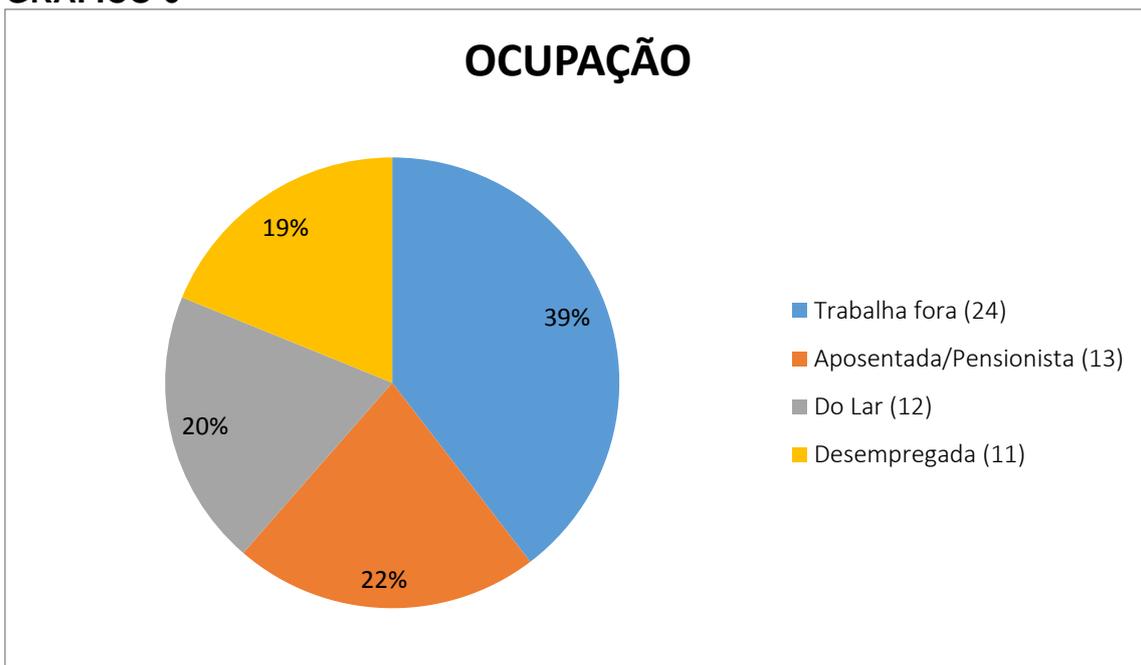


Gráfico elaborado pela autora

Quanto à ocupação profissional dessas mulheres, o gráfico acima demonstra que 39% trabalham fora, 22% são aposentadas ou pensionistas, 20% são donas de casa e 19% estavam desempregadas no momento em que se deu o atendimento. Como citado anteriormente o fator econômico é de suma importância para o bem estar físico e mental. Somando o percentual de desempregadas e donas de casa tem-se uma razoável parcela de pacientes economicamente inativas e esse fator pode estar contribuindo para o adoecimento mental dessas mulheres.

Depois de realizadas as triagens, as pacientes são encaminhadas para a psicoterapia, onde são agendados os horários com a Psicóloga de acordo com a disponibilidade de vagas.

O tratamento tem duração variável respeitando a necessidade e o quadro apresentado por cada paciente.

De acordo com dados fornecidos pela Psicóloga da unidade analisaremos os atendimentos feitos no período em que foi realizada a coleta de dados.

TRIAGENS REALIZADAS	60
PACIENTES EM ATENDIMENTO	27
NÃO AGENDADAS	12
NÃO COMPARECERAM	13
ABANDONO	08

O quadro acima demonstra que das 60 triagens realizadas, apenas 27 estão em atendimento, 12 ainda não foram agendadas por falta de vagas, 13 foram agendadas, porém não compareceram para iniciarem a terapia e 08 abandonaram o tratamento sem justificativa.

A partir dessa análise é possível identificar uma nova demanda para o Serviço Social: os motivos que levam essas mulheres a buscarem por atendimento e não comparecerem ou abandonarem a terapia. Esse fato demonstra que existe um trabalho a ser feito e cabe ao Serviço Social, como profissão interventiva, que busca a autonomia, o bem estar, a garantia e a efetivação dos direitos dos seus sujeitos a realização de ações que possam mudar essa realidade.

Para a realização de suas ações cabe ao profissional conhecer a realidade em que vive as usuárias, bem como suas condições de vida e de trabalho.

Quanto as pacientes em atendimento, é desenvolvido pelo Serviço Social, na unidade, ações no sentido de orientar essas mulheres na busca pela efetivação dos seus direitos, muitas vezes desconhecidos pelas mesmas.

No entanto, faltam na unidade um trabalho de articulação multidisciplinar e intersetorial que envolva outros profissionais da saúde com as questões relacionadas à saúde mental. Poderia ser desenvolvido um projeto especificamente relacionado ao tratamento das mulheres com transtornos mentais e que envolvesse, além dos profissionais da saúde outros órgãos ligados à rede de proteção e seguridade social e também a comunidade.

A seguir analisaremos, com base nas pacientes que aderiram ao tratamento, as possíveis hipóteses diagnósticas das mesmas.

GRÁFICO 7

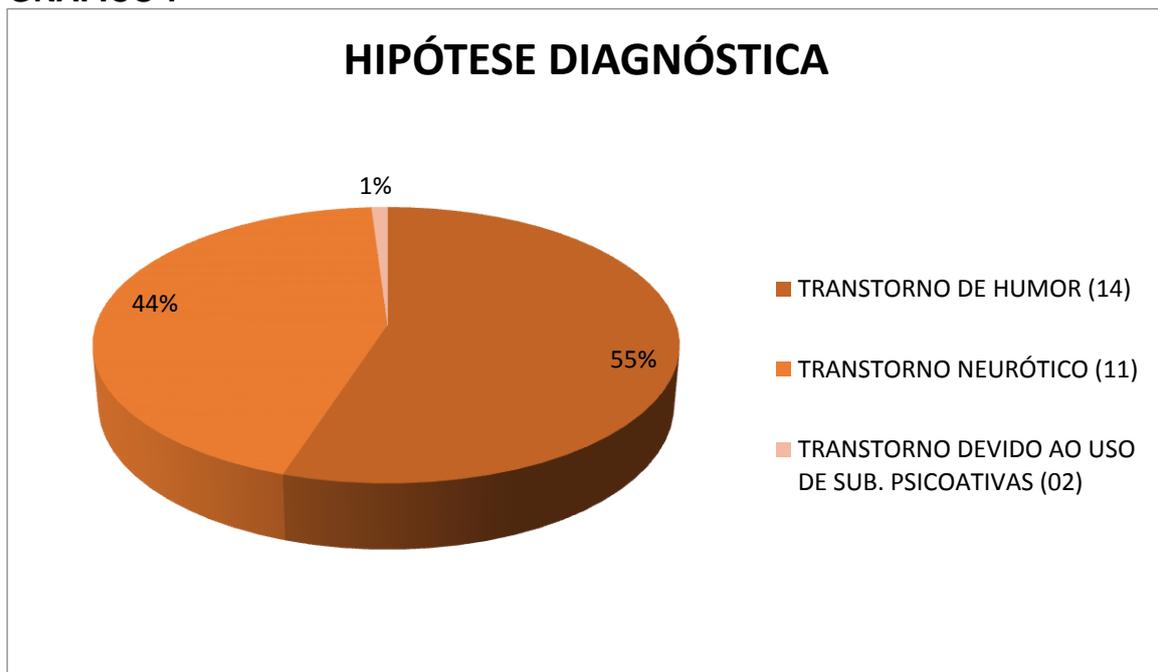


Gráfico elaborado pela autora

De acordo com o gráfico acima, identificamos que 55% das pacientes que aderiram ao tratamento possuem diagnóstico de transtorno de humor, ou seja, foram diagnosticadas com depressão, 44% receberam o diagnóstico de transtornos neuróticos, que é onde se enquadram as síndromes, os transtornos de ansiedade e

os transtornos obsessivos compulsivos (TOC) e 1% apresentaram algum tipo de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas (álcool ou drogas).

Os transtornos mentais são causa de muito sofrimento e angústias para as mulheres acometidas por ele. A sociedade em geral tem dificuldades em compreender esse tipo de sofrimento, associando-o muitas vezes a desvios de comportamento moral, estigmatizando a doença e também a pessoa afetada por ela, através de um senso comum carregado de preconceitos e discriminação.

Nesse contexto, o Serviço Social, como profissão interventiva que luta na defesa e efetivação de direitos, visa buscar, por meio de sua prática e saberes profissionais, melhorias na qualidade de vida e na saúde mental dessas mulheres.

Apesar das dificuldades e barreiras políticas e institucionais, o Assistente Social, comprometido com o usuário e com a qualidade de seu trabalho profissional, deve através de articulações com a rede de serviços, otimizar suas ações em busca de respostas profissionais que agreguem mais saúde e bem estar à essa população de mulheres atingidas por algum tipo de sofrimento mental.

Especificamente, no caso das mulheres atendidas na UBS “Belo Horizonte”, o Assistente Social desempenha um trabalho orientador que busca empoderar, essas usuárias, de autoestima e capacidades que, as mesmas, por conta dos transtornos mentais julgam perdidas.

Nesse sentido afirma FREIRE, (1996, p. 121):

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitosas da liberdade.

É pensando nessa autonomia e liberdade, que as ações devem ser centralizadas, respeitando o tempo e as particularidades de cada usuária.

Desta forma, o exercício do empoderamento garante mecanismos de conquista da autonomia, pois parte da lógica de que o indivíduo é um sujeito de direitos e com a capacidade de analisar o que julga ser melhor para a sua vida. (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.237).

Para que seu trabalho seja efetivado e respostas positivas sejam dadas, o profissional conta com diversos instrumentais a seu favor. Especificamente no caso de mulheres com transtornos ou sofrimento mental, os grupos de orientação são instrumentos que podem gerar bons resultados.

Na unidade não existe tal grupo, porém acreditamos que a implantação dessa prática possibilitaria um maior acompanhamento, do profissional Assistente Social, junto às usuárias da saúde mental e geraria bons resultados, tendo em vista que por meio desses grupos é possível mostrar a essas mulheres que as situações vividas por elas fazem parte do cotidiano de muitas outras pessoas e podem ser superadas.

A partir das reflexões feitas em grupo, o profissional tem a oportunidade de demonstrar as usuárias que é possível lutar contra o sofrimento vivido e que primeiramente para que se inicie um processo de restabelecimento do bem estar mental, é preciso buscar a elevação da autoestima, perdida em todos os processos de adoecimento mental.

A articulação com outros serviços e o acompanhamento multiprofissional são peças fundamentais nesse trabalho. Podem-se buscar parcerias com projetos e profissionais de várias áreas, onde podemos citar: grupos de dança, professores de zumba, artesanato, cabelereiros, além das terapias com Psicólogos e Psiquiatras, quando necessário.

O Assistente Social tem a possibilidade, também, de trabalhar com a família da usuária desenvolvendo ações que busquem a aproximação, fortalecendo vínculos familiares, passando orientações, buscando a quebra de preconceitos e estigmas existentes no âmbito familiar acerca do problema vivido, que não é só da paciente, mas sim de toda a família.

Nesse sentido, entendemos que o trabalho do Assistente Social frente às questões de saúde mental vão muito além das demandas imediatas, é preciso buscar nas particularidades de cada usuária, possibilidades de intervenção e enfrentamento em busca de um direito fundamental: o direito à saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil passou por um significativo avanço nos últimos anos. Esse processo se fez nítido após a Reforma Psiquiátrica, se fortaleceu com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental e ganhou visibilidade com a chegada do CAPS e a instituição da RAPS.

No Brasil as doenças mentais atingem um número cada vez maior de pessoas. As doenças mentais estão se tornando um problema comum na sociedade atual e cada vez mais cresce a quantidade de mulheres atingidas por elas.

Os transtornos mentais são fontes de grande dor e sofrimento para muitas mulheres e suas famílias. Nesse sentido, se tornam demandas para o Serviço Social, que tem a responsabilidade de articular ações que visem a diminuição desse sofrimento.

No seu cotidiano de trabalho o Assistente Social tem a responsabilidade de intervir, nessa situação, em prol da garantia da qualidade de vida de suas usuárias, propiciando as mesmas, através da possibilidade de se reconhecerem capazes e autônomas, condições para lutar por uma vida plena, repleta de bem estar físico e mental.

As pacientes não devem ser vistas apenas na singularidade de seus transtornos e sim na pluralidade da sua realidade cotidiana que envolve sua vida profissional, afetiva e familiar.

Nesse sentido, desenvolver ações que envolvam a família é extremamente importante para a evolução psicológica das pacientes, pois muitas vezes os vínculos familiares estão fragilizados ou rompidos e em muitos casos a família “adoece” junto com a pessoa acometida pelo transtorno mental.

Os vínculos familiares e comunitários são extremamente importantes no processo de recuperação da saúde mental das pacientes, muitas vezes é através do amparo afetivo e emocional que as pessoas afetadas pelos transtornos mentais encontram forças para lutarem contra os transtornos.

Fortalecer esses vínculos e propiciar a oportunidade de relações mais harmoniosas e felizes faz parte da ação prática do Assistente Social na saúde mental. Não é tarefa fácil, no entanto, a convivência familiar e comunitária saudável é um direito que deve ser garantido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em 13/05/2015.

BISNETO, José Augusto. **O Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004.

BREDOW, Suleima Gomes e DRAVANZ Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva.** Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>. Acesso em 22/05/2015.

CFESS, Conselho Federal do Serviço Social. **Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Elisabeth Sene. **Universo da depressão.** São Paulo: Agora, 2001.

Definição de saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>. Acesso em 14/05/2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Minha Vida. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/depressao>. Acesso em: 22/05/2015.

Políticas de Saúde Mental. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf. Acesso em 16/05/2015.

Psicossocial-RAPS- Portaria MS 3088/2011. Disponível em:
<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/2034/componentes%20da%20rede%20de%20aten%c3%87%c3%83o%20port%203088%202011.pdf>. Acesso em:
17/05/2015.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000.

Saúde Mental. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>. Acesso em
15/05/2015.