

A atuação da Enfermagem na Assistência Social ao usuário em situação de proteção social especial

Wagner Luis Natario Pereira¹

INTRODUÇÃO

Na idade Média, a psiquiatria não era uma especialidade da medicina. Naquela época não existia a figura do psiquiatra, tão pouco a loucura era vinculada a uma questão científica ou médica. (BRASIL, 1998, p. 9).

A existência da doença mental era atribuída a espíritos maus, que se apossavam das pessoas ou as atormentavam. A loucura era considerada possessão demoníaca e, dessa forma, as pessoas tinham que ser exorcizadas ou isoladas do convívio com a sociedade. Posteriormente, surgiu a necessidade de um controle social nos grandes centros urbanos, que começavam a aparecer, e os asilos nasceram a partir daí (BRASIL, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) eram as grandes instituições que faziam o recolhimento de pessoas desvalidas que, em um primeiro momento, não tinham necessariamente problemas mentais: os mendigos, leprosos, tuberculosos, fisicamente inválidos, ou seja, pessoas extremamente pobres e que ameaçavam, segundo as classes dominantes, o equilíbrio social de alguma forma.

Esses asilos funcionavam como uma espécie de depósitos do que consideravam “lixo humano”. Eram instituições geralmente ligadas à igreja, como a Santa Casa, que, no Brasil, tomaram um caráter de filantropia, mas, na realidade, se constituíam numa espécie de aparato de controle dessa população pobre (BRASIL, 1998, p.10)

A Fundação Leão XIII, órgão do Governo do Estado do Rio de Janeiro, desde sua implantação na década de 40, tinha como objetivo atender a população pobre e em especial a população que mendigava pela cidade do Rio de Janeiro. No final da década de 80, a instituição foi vinculada a Secretaria Es-

¹. MS Saúde da Família. Enfermeiro

tadual de Saúde, período marcado por definições de políticas decisórias para os próximos anos nas áreas de saúde e social. A promulgação das Leis 8.080 e 8.142/90 que dispõem sobre as políticas de saúde no Brasil e a Declaração de Caracas, foram marcos para o sistema de saúde e também para essa instituição. A Fundação Leão XIII, atualmente conta com 02 unidades de reabilitação (Itaipu, Campo Grande) e um centro de triagem de população de rua, em Bonsucesso.

Este artigo vai tratar especialmente deste último, enfatizando a atuação da equipe de enfermagem, numa unidade assistencial. A enfermagem que tem como princípio fundamental a promoção da saúde, deverá identificar em sua atuação junto aos pacientes, os fatores fisiológicos e psicológicos assumindo, assim, seu papel fundamental na saúde mental.

As ações da saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado e atuar com políticas específicas. O profissional de saúde deve estabelecer com os usuários um vínculo e oferecer o primordial que é o acolhimento (GAMBA, 2006).

O eixo temático da maioria das reformas pela qual passou a Psiquiatria gira em torno da adaptação do doente mental na vida em comunidade. A reabilitação psicossocial é um exemplo disso, já que coloca como ponto fundamental a inserção ou a reinserção do louco à “sociedade”.

O estágio em saúde mental realizado pelos acadêmicos de enfermagem numa instituição de Assistência Social visa essencialmente, propiciar aos profissionais contato com pacientes em situação de risco e vulnerabilidade social e de saúde e portadores de transtorno mental e de comportamento.

O objetivo desse trabalho é conhecer a atuação do profissional de enfermagem numa unidade de Assistência Social, vivenciando o conceito de Saúde como bem estar físico, psíquico e social bem como os fatores determinantes no processo saúde e doença mental - moradia, lazer, trabalho, saúde, renda.

Em se tratando de pessoas em situação de rua, a Política Pública de Assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, inclusive a Política de Saúde, considerando as desigualdades sócioterritoriais, as propostas de enfrentamento da miséria, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais. Sob essa perspectiva, objetiva:

I. Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem;

II. Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural;

III. Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária.

O SUAS, constitui-se na regulação e organização, em todo o território nacional, das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios terão como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização. Pressupõe ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados e Municípios.

O SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social com a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial.

O SUAS se organiza por níveis de complexidade - proteção social básica e proteção social especial – pela regulação da hierarquia, dos vínculos e das responsabilidades do sistema cidadão de serviços, benefícios e ações de assistência social. Alteração da história de fragmentação programática, entre as esferas do governo e das ações por categorias e segmentos sociais.

A Proteção Social Especial destina-se a proteger famílias em situações de risco e indivíduos cujos direitos tenham sido violados e/ou que já tenha ocorrido rompimento dos laços familiares e comunitários. A ética da atenção da proteção especial pressupõe o respeito à cidadania, o reconhecimento do grupo familiar como referência afetiva e moral e a reestruturação das redes de reciprocidade social.

❖ Unidade de média complexidade: destina-se às famílias e indivíduos com seus direitos violados, cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos.

❖ Unidade de alta complexidade: destina-se às famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

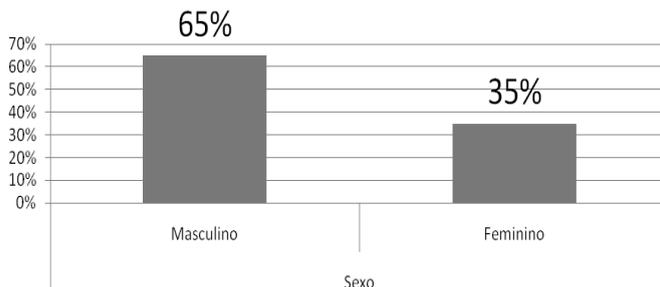
O estudo realizado foi de abordagem qualitativa, utilizando como instrumento de coleta de dados os prontuários dos usuários admitidos na

unidade no período de setembro a dezembro de 2009, entrevistados pelos enfermeiros e análise de Documentos das Portarias do Ministério da Saúde e de Assistência Social no Brasil.

ANÁLISE DOS DADOS

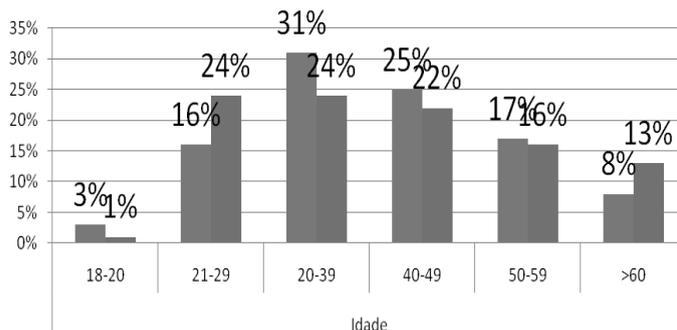
I - Gênero

Os resultados da figura I mostram que a população predominante na consulta de enfermagem é de 65% do gênero masculino, confirmando pesquisas realizadas anteriormente que apontam que a população masculina é predominante em situação de rua. O mais alarmante é o crescente número de mulheres solicitando albergamento devido à desvinculação de laços familiares e/ ou por ter tido seus direitos violados no domicílio.



II - Faixa Etária

Em relação a faixa etária atendida a predominância é de adulto jovem de 21 a 39 anos.



III - Uso de Substâncias Psicoativas

23% dos usuários entrevistados declaram ter feito ou fazer uso de substâncias psicoativas. Os principais transtornos são decorrentes do uso de substâncias psicoativas - tabaco e álcool – desencadeando: transtornos psicóticos, abstinência alcoólica e problemas físicos decorrentes do uso nocivo das drogas.

IV - Uso de Neurolépticos

Em relação ao uso de medicamentos neurolépticos, 31% da população atendida pela enfermagem chegou a unidade com prescrição de medicamentos e história de acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) ou ambulatório do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ).

V - Atendimento de Enfermagem

Durante o período de atendimento pelos acadêmicos de enfermagem, observa-se a construção de uma rede de serviços de saúde no território área onde fica localizada a unidade, a fim de garantir resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários.

CONCLUSÃO

Para compreender o processo saúde-doença mental, consideramos necessário pensar o ser humano em seu processo existencial. O processo saúde-doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, na qual qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito. Para isso, é de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e diversidades.

O enfermeiro é um agente ativo que se une ao paciente com o objetivo de ajudá-lo a reconhecer e examinar situações que ambos estão experimentando, tentando levá-lo a observar perspectivas adequadas no encontro de soluções diante de problemas existentes. Embora enfermeiro e paciente desempenhem papéis diferentes (um procura ajuda e o outro a oferece), os objetivos são comuns, uma vez que buscam compreender e solucionar problemas através da comunicação, cooperação, respeito e assistência.

À medida que as atividades e interações prosseguem, irão influenciar nas novas interações e nas próprias atividades. Logo, esta relação “atividades – interações – sentimentos” além de se relacionarem diretamente com a competência técnica de cada profissional, requer que se considere, ainda, a influência do grupo e da situação de trabalho. Quando enfermeiro e paciente se encontram, formam um compromisso entre ambos, de trabalhar em conjunto; por parte do enfermeiro há o comprometimento em ajudar o paciente a se recuperar socialmente. Ao estabelecer esse compromisso, o enfermeiro orienta e esclarece sobre a dinâmica do mesmo (MANZOLLI, 1996).

O enfermeiro deve ficar vigilante em relação ao paciente que se preocupa excessivamente, demonstrando deterioração no desempenho emocional, social ou ocupacional. As estratégias de cuidado enfatizam as maneiras do paciente para verbalizar os sentimentos e medos e para identificar as fontes de ansiedade. A necessidade de ensinar e promover as capacidades de adaptação efetiva e o uso das técnicas de relaxamento constitui as prioridades do cuidado (SMELTZER & BARE, 2006).

Para Gambá (2006), a atenção em saúde mental que, hoje, procura substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo de cuidado em casa, vem sendo amparada por uma rede diversificada e qualificada de serviços especializados na comunidade, por meio de unidades de saúde mental. As ações de saúde mental na atenção primária devem sempre obedecer ao modelo de rede de cuidado, com base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, principalmente, as de Assistência Social. No dia a dia, o profissional de saúde deverá estabelecer com os usuários novos vínculos e oferecer, especialmente, acolhimento.

Gambá (2006) explica, ainda, que temos que considerar a possibilidade de reinserção social do paciente em situação de exclusão social e o fato deste necessitar do envolvimento e do comprometimento de todos, pois, independentemente da forma como a família se constitui, ela continua a representar a garantia de sobrevivência e proteção de seus membros. No entanto, para que haja funcionalidade efetiva nessa trajetória, muitos aspectos deverão ser considerados e inúmeros investimentos deverão ser realizados de forma sistemática levando ao real preparo da família; ao mesmo tempo em que os profissionais também descobrirão este novo fazer, tarefa integrada e integradora do enfermeiro atuante na comunidade com o enfermeiro de saúde mental. ◆

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2º ed. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temas de Saúde Mental. Coordenação: Equipe do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar/Textos Básico – CBAD Belmonte, Pilar R. Reis. Valéria L. M. Pereira, Rosemary C. Pereira, Maria de Fátima M. Jorge, Marcos Aurélio. Costa, Ana Lucia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2004

DALLY, P.; HEATHER H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. 4 ed. São Paulo: EPU Ltda, 2006.

FALEIROS, V. de P. Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2002.

GAMBA, Mônica Antar e Ana Cristina Passarela Bretas. Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo: Manole, 2006.

MANZOLLI, M. C. Enfermagem psiquiátrica – da enfermagem psiquiátrica à saúde mental. I Ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 1996.

TENORIO, F. A psicanálise e a clínica de Referência psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

SARACENO, Benedetto. Manual de Saúde Mental. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Sudardarth tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan.