

## DUAS ESTRATÉGIAS E DESAFIOS COMUNS: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Mércia Zeviani Brêda<sup>1</sup>

Walsete de Almeida Godinho Rosa<sup>2</sup>

Maria Alice Ornellas Pereira<sup>3</sup>

Maria Cecília Moraes Scatena<sup>4</sup>

---

Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):450-2.

*Este artigo tem por finalidade refletir sobre as Estratégias de Saúde da Família e de Reabilitação Psicossocial, no momento em que a atenção psiquiátrica e a atenção básica se colocam em estreita vinculação. Parte-se da experiência e da revisão de referenciais que abordam tais temas, identificando interfaces e desafios a serem superados para a transformação desses contextos sociais em espaços de trocas afetivas e materiais, de saberes e práticas mais criativas e flexíveis.*

**DESCRITORES:** saúde da família; saúde mental; prestação de cuidados de saúde

---

## TWO STRATEGIES WITH SHARED CHALLENGES: PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND THE FAMILY HEALTH PROGRAM

*This study aims to discuss the strategies used by the Psychosocial Rehabilitation and Family Health Programs, at a time when a close link is established between psychiatric and basic care. We depart from our own experience in the field and from a literature review, identifying the interfaces and challenges to be overcome with a view to transforming these social contexts into spaces for affective and material exchanges and for more creative and flexible knowledge and practices.*

**DESCRIPTORS:** family health; mental health; health care delivery

---

## DOS ESTRATEGIAS Y DESAFIOS COMUNES: LA REHABILITACIÓN PSICOSSOCIAL Y LA SALUD DE LA FAMILIA

*Este artículo busca reflexionar sobre las Estrategias de Salud de la Familia y Rehabilitación Psicossocial, puesto que se busca poner la atención psiquiátrica en estrecha vinculación con la atención básica. Partimos de nuestra experiencia y de la revisión de referencias sobre los temas, identificándose las interfaces y los retos que deben ser superados para transformar el referido contexto social mediante intercambio afectivo, material, cognitivo y de prácticas más creativas y flexibles.*

**DESCRIPTORES:** salud de la familia, salud mental; prestación de atención de salud

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Professor da Universidade Federal de Alagoas, e-mail: mzb@fapeal.br; <sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e-mail: walsete@terra.com.br; <sup>3</sup> Professor Doutor da Universidade Estadual Paulista, e-mail: apjmaop@ig.com.br; <sup>4</sup> Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: cila@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando apenas a doença. "A força deste paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro"<sup>(1)</sup>. O que significa investir em políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos.

O processo de reforma da assistência psiquiátrica defende, ainda, uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental/cuidado. Fortalece a substituição da concepção de doença pela de "existência-sofrimento"<sup>(2)</sup>, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania.

Dentro dessa concepção, o processo de cura é substituído pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos, contribuindo para a desconstrução do conjunto de aparatos construído em torno do objeto doença.

Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento<sup>(2)</sup>.

Tais concepções se configuraram em princípios que guiam a Reforma Psiquiátrica e estão explícitos na Declaração de Caracas<sup>(3)</sup>, defendendo o investimento na comunicabilidade, articulação e integração entre os serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde no Brasil, a fim de se cumprirem tais princípios. Como exemplo, há o Projeto "De Volta Para Casa", que prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais à vida familiar e comunitária, cujo desenvolvimento e sucesso dependerão desse investimento.

Está-se, assim, frente a um desafio de dupla face, onde o viver social e emocionalmente integrado deve se constituir na meta do cuidado à saúde e da convivência e funcionamento entre os diferentes serviços de saúde.

No momento em que se coloca a atenção

psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção básica, é preciso considerar e refletir sobre as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de Reabilitação Psicossocial.

## INTERFACE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FOCO DE ASSISTÊNCIA

Nos estudos atuais<sup>(4-9)</sup> que analisam intervenções inovadoras, tanto no campo da Saúde da Família como no da Saúde Mental, e que dizem respeito à enfermagem, todos são unânimes em reafirmar a potencialidade da ESF para: 1. fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo; 2. ampliar a participação e controle social; 3. resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; 4. oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; 5. fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento. Sem deixar de frisar que tem oportunizado ao profissional de enfermagem a "possibilidade de revitalização do seu papel de cuidador, com independência profissional"<sup>(6)</sup>.

Por outro lado, diferentes fragilidades ou contradições são apontadas no desenvolvimento da ESF e são comuns a de Reabilitação Psicossocial, dentre elas: a) sua operacionalização tem revelado a relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana; b) a verticalização e normatividade do programa reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais e ao controle social; c) o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados à emoção e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência tem se tornado cada vez mais evidente; d) o despreparo da família e do entorno social em lidar com a pessoa que necessita de ajuda; e) a medicalização dos sintomas percebida, muitas vezes, como uma indisponibilidade aos problemas psíquicos e f) a ausência ou ineficiência dos serviços de referência<sup>(4-9)</sup>.

## APONTANDO CAMINHOS PARA A TRANSPOSIÇÃO DOS DESAFIOS

Para a efetivação do novo paradigma de saúde, torna-se imprescindível que a Reabilitação

Psicossocial e a Saúde da Família, envolvam serviços de saúde, trabalhadores da saúde, usuários, familiares, instituições e população civil<sup>(10-11)</sup>. Isso conduz à assunção de desafios previsíveis e 'mais do que comuns' a ambas as estratégias, pois, os confrontos se colocam em todas as instâncias do cuidado, tanto para atores como para as instituições envolvidas no processo que anseiam pela mudança e descristalização de princípios fortemente instituídos.

Nessa perspectiva, em todos os contextos de atenção à saúde, exigências comuns se colocam, quais sejam: a) garantir o direito à cidadania, ao poder de contratualidade social e à capacidade do sujeito de se situar de modo ativo frente aos conflitos e contradições que vivencia; b) possibilitar o emergir dos sofrimentos e desejos das pessoas que integram esse território; c) criar novas tecnologias de cuidado; d) reconstruir a complexidade do 'objeto', simplificado pelas antigas instituições; e) modificar as relações de poder instituídas pelo paradigma biomédico, para que sejam relações horizontais inter e intra-institucionais; f) valorizar os recursos de auto-ajuda que as comunidades dispõem; f) ampliar os referenciais de escuta e de atendimento não-diretivo;

g) buscar em outros setores a ajuda para situações em que predomina a sensação de impotência; h) formar e capacitar profissionais de saúde de modo a contemplar a troca de saberes e práticas que não aprisionem o processo de trabalho em estruturas rígidas, valorizando os recursos preexistentes, o potencial criativo e as competências de cada membro da equipe de saúde, de cada usuário e da própria comunidade; i) procurar entender as dinâmicas das diferentes pessoas, diferentes famílias e diferentes culturas, transformando as instituições de saúde em: "espaço social de reprodução de sujeitos, de produção de subjetividades, de exercício de auto-ajuda, de convivência, sociabilidade, solidariedade e integração"<sup>(11)</sup>.

Hoje "são quatrocentos milhões de pessoas que sofrem, no mundo, de problemas psicológicos"<sup>(12)</sup>. Espera-se que os serviços inovadores, de atenção à saúde da família ou à saúde mental, gerem o máximo de energias presentes no contexto para ativar a possibilidade de trocas humanas e de habilidades. Assumindo a responsabilidade da situação, evitando o acúmulo de demandas não enfrentadas ou, o que é pior: abandonando essas pessoas à própria sorte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabral B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S, Câmara S. Estação Comunidade. In: Lancetti, A, organizador. Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo (SP): Hucitec; 2000. p. 137-53.
2. Rotelli F, Mauri D. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: (SP): Hucitec; 1990. p. 89-99.
3. Ministério da Saúde (BR). Declaração de Caracas. In: Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental. 1990-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 11-2.
4. Brêda MZ. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/NESC/FIOCRUZ; 2001.
5. Gonçalves AM. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
6. Rosa WAG. A contribuição da Saúde Mental para o desenvolvimento do PSF. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
7. Souza RC. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus [dissertação]: Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
8. Danese MC. O usuário de psicofármacos num Programa de Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
9. Oliveira AGB, Alessi, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40.
10. Pitta A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.
11. Amarante P, Giovanella L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1994. p. 113-46.
12. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). [homepage na Internet]. Relatório Mundial de Saúde. c2001 [citado 18 nov 2003]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/monstrant.cfm?codigodest=75>