

Construção de um Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

Construction of a Mental Health Care Project in Basic Attention

Construcción de Un Proyecto de Cuidado en Salud Mental en la Atención Básica

Priscila Freitas Ramos &
Danielle Abdel Massih Pio

Faculdade de
Medicina de Marília

Experiência



Resumo: Este trabalho constitui um relato de experiência e de intervenção da Psicologia junto à equipe multiprofissional de uma Estratégia Saúde da Família de um Município do interior paulista, através da oferta de um espaço terapêutico para usuários egressos de internações psiquiátricas. Possuímos como objetivo contribuir com a reflexão sobre as ações terapêuticas, dialogando sobre a construção de um projeto coletivo de cuidados ampliados voltado para a prevenção, a promoção e a proteção da saúde mental no Território. A metodologia utilizada foi baseada na perspectiva construtivista da Psicologia social da saúde, proposta por Spink (2003), e no *método da roda*, proposto por Campos (2003). Percebemos, através do grupo, o fortalecimento dos vínculos e dos laços de confiança entre profissionais e usuários, o que proporcionou a reconstrução das relações sociais que, muitas vezes, foram rompidas devido aos longos momentos de internações psiquiátricas. Concluímos que são eficientes as propostas terapêuticas cujas ações enfoquem a desmedicalização e a continuidade do cuidado aos sujeitos egressos de internações psiquiátricas para seu lugar social de origem. Além disso, as ações e os planos de cuidado, seja para promover a saúde, seja para prevenir doenças, dependem da participação ativa dos sujeitos, pois, do contrário, as práticas e os projetos de cuidado perdem a sua eficácia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Psicologia social. Programa Saúde da Família. Saúde mental.

Abstract: This paper is an experience and psychological intervention report performed by a multi-professional team of the Family Health Strategy in a city in the interior of São Paulo by offering a therapeutic space for users who come from psychiatric admissions. Our aim is to contribute with reflections on therapeutic actions, discussing about the construction of a collective care project aimed at the prevention, promotion and protection of mental health in the Territory. The methodology was based on the constructivist perspective of health social psychology proposed by Spink (2003) and on the “circle method” proposed by Campos (2003). We also noticed the benefits brought by collective constructions of care projects in the groups, the strengthening of confidence links among professionals and users, providing the reconstruction of social relations that many times were broken due to the long periods of psychiatric admissions. We concluded that the therapeutic proposals that focused the demedicalization and the continuity of care to subjects who come from psychiatric admissions to their original social place are effective. Moreover, the actions and the care plans that intend to promote health or to prevent diseases depend on the active participation of the subjects, otherwise, the practices and the care projects lose their effectiveness.

Keywords: Primary Health Care. Social psychology. Family Health Program. Mental health.

Resumen: Este trabajo constituye relato de experiencia y de intervención de la Psicología junto al equipo multiprofesional de una Estrategia Salud de la Familia de un Municipio del interior paulista, a través de la oferta de un espacio terapéutico para usuarios que salieron de internaciones psiquiátricas. Tenemos como objetivo aportar con la ponderación sobre las acciones terapéuticas, dialogando sobre la construcción de un proyecto colectivo de atenciones ampliadas dirigido hacia la prevención, la promoción y la protección de la salud mental en el Territorio. La metodología utilizada fue basada en la perspectiva constructivista de la Psicología social de la salud, propuesta por Spink (2003), y en el *método de la rueda*, propuesto por Campos (2003). Percibimos, a través del grupo, el fortalecimiento de los vínculos y de los lazos de confianza entre profesionales y usuarios, lo que proporcionó la reconstrucción de las relaciones sociales que, muchas veces, fueron rotas debido a los largos momentos de internaciones psiquiátricas. Concluimos que son eficientes las propuestas terapéuticas cuyas acciones enfoquen la interrupción de la medicación y la continuidad del cuidado a los sujetos salidos de internaciones psiquiátricas a su lugar social de origen. Además de eso, las acciones y los planes de cuidado, sea para promover la salud, sea para precaver enfermedades, dependen de la participación activa de los sujetos, pues, al contrario, las prácticas y los proyectos de cuidado pierden su eficacia.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Psicología social. Programa Salude de la Familia. Salud mental.

As principais características da Atenção Primária à Saúde (APS), – no modelo brasileiro Atenção Básica à Saúde (ABS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) – são calcadas nos seguintes princípios: a) estabelecimento de vínculos e coresponsabilização entre profissionais de saúde e população, b)

definição do objeto-alvo da atenção à família, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive, c) a responsabilização por uma população adscrita (no Território) e d) uma intervenção em saúde que extrapole os muros das unidades de saúde visando ao enfrentamento dos principais problemas

sanitários da população (no Território), desenvolvendo ações integrais de saúde para indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho (Ministério da Saúde, 1998).

O conceito de Território, inserido na Estratégia Saúde da Família através das ações dos profissionais, torna-se um elemento importante para a organização da ABS e ajuda-nos a perceber como estão pautados os olhares sobre o Território e, em consequência, as ações de cuidado dispensadas à comunidade pelas equipes das unidades de Saúde da Família.

Acreditamos que, na ESF, mais do que operacionalizar tal conceito, é preciso, antes de tudo, discutir e ter em mente seus múltiplos sentidos adquiridos e construídos. O Território é um lugar estratégico que precisa ser caracterizado como lugar onde se permeiam princípios básicos como a coresponsabilização – definida como as ações compartilhadas entre todos os profissionais de uma equipe, juntamente aos sujeitos que residem nesse Território. Tão importante quanto o conceito de Território é estimular e incitar graus sempre maiores de autonomia, de empatia, de trabalho horizontal entre todos os profissionais da equipe, além da participação e do controle social.

O Território também possui como característica um espaço físico delimitado, mas, ao mesmo tempo, quando se fala do Território de uma ESF, ele configura não apenas um espaço físico delimitado, *mas além desse* (grifo nosso).

Segundo Unglert (1993) como citado por Pereira e Barcellos:

O Território, muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, nele se verifica a interação população-

serviço no nível local, caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (Pereira & Barcellos, 2006, p. 51)

Percebemos que a caracterização e o reconhecimento do Território são elementos-instrumentos que nos auxiliam a prestar ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação de agravos à saúde, bem como a avaliar e a reavaliar o impacto das unidades de saúde da família perante os problemas concretos e complexos de saúde da população, ou seja, a forma como esse Território será incorporado nas práticas de suas ações terapêuticas.

O Território se apresenta como:

...muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. O Território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. (Monken & Barcellos, 2005, p. 51)

Para Yasui, a *lógica do Território* é um conceito central, norteador das ações a serem construídas pelo serviço. A existência do Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de organização da rede de cuidados está intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que esta se constitui. Para esse autor, devemos estar atentos, pois “o Território também possui outras lógicas que produzem sujeição e dominação” (Yasui, 2006, p. 117). Além disso, salienta:

É no Território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são

modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência, subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. (Yasui, 2006, p. 119)

Porém, esse mesmo autor acredita na possibilidade de ruptura das subjetividades capturadas, percebendo também o Território como possibilidade, ou seja, como potencialidade de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas e de inclusão social.

E é no espaço de um Território, com todas as suas particularidades, que visualizamos as possíveis construções subjetivas, tanto no que se refere ao processo saúde-doença quanto às possibilidades e às ações terapêuticas.

Esperamos que, ao intervir terapêuticamente no Território, possamos nos lembrar que levar em consideração tal conceito será o elemento que organiza a forma de cuidado prestado ao usuário e à coletividade.

A Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do cuidado no Território

Para Cecílio (2001), os profissionais da saúde podem atuar tanto em espaços micropolíticos como em macropolíticos de saúde. Nos espaços de macropolítica, a integralidade do cuidado, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), se torna objetivo da rede na medida em que as problemáticas sanitárias não se esgotam na Atenção Básica à Saúde – a porta de entrada do SUS. Nesse sentido, as equipes de saúde se somam a diferentes parcerias, relacionadas a importantes setores – educação, trabalho, economia, habitação – com o intuito de se realizar a máxima integralidade possível. Uma equipe dedicada à ABS atua como uma conexão a caminho do usuário e de

sua coletividade, por meio do levantamento das necessidades de saúde, quando visa a engendrar um plano de cuidado que envolva todos os segmentos do ciclo da vida, enfatizando as dinâmicas familiares e o perfil comunitário.

Segundo Merhy, o objeto do campo da saúde não é, de fato, a cura nem a promoção ou a proteção da saúde, mas a produção de cuidado para alcançar esse fim.

O conjunto de atos de cuidado produz um formato do cuidar que pode adquirir distintos modos, levando em consideração a necessidade de cada ser humano ou coletividade, tanto as ações individuais e coletivas como as abordagens clínicas e sanitárias das problemáticas da saúde (Merhy, 2002).

Percebemos, através das contribuições de Merhy, que:

Todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador de cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves, dos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculo, pensá-los na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário... (pág: 132.)

A partir dessas considerações, sem dúvida, é imprescindível para o papel de todos e quaisquer trabalhadores da saúde a articulação entre a capacidade de se produzir procedimentos e a de se produzir atos de cuidado (Merhy, 2002).

Para Boff, a palavra *cuidado* deriva do latim *coera*, que era usada em um contexto de relações de amor e de amizade, expressando a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação.

Prosseguindo, o autor acrescenta que o cuidado é: "...mais que um ato (e sim); é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro" (Boff, 2002, p. 33).

Yasui afirma que o cuidado é uma condição que possibilita, na relação com o outro, manter e preservar a vida humana. O cuidar não visa a tratar a doença que se instala em um corpo, tampouco o cuidador é apenas um profissional especializado que executa somente ações técnicas. Os sujeitos também não se reduzem a uma problemática biológica ou orgânica. Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação aos sujeitos. "Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro" (Yasui, 2006, p. 110).

Certamente, é de extrema importância que os profissionais atuantes no campo da saúde reflitam sobre seus atos de cuidado na medida em que cuidar em saúde significa reconhecer o outro como sujeito, e não como mero objeto de intervenção.

Nessa perspectiva, as análises existentes revelam que o cuidado não finaliza em um único trabalhador do campo da saúde ou em um único serviço, mas deve ser construído em uma ampla rede de parcerias, que inclui diferentes segmentos sociais, serviços, distintos trabalhadores e cuidadores, que promovem saúde, autonomia e coresponsabilização.

As articulações possíveis entre a Estratégia Saúde da Família e a Psicologia: potencialidade do cuidado em saúde

Sabemos que a Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta no trabalho em equipe interdisciplinar, ou seja, diferentes profissionais visam à produção de vínculo

com a comunidade, compromisso no cuidado, promoção da saúde e da autonomia e a coresponsabilização, fortalecendo o envolvimento dos atores sociais nos seus processos de saúde-doença-projetos de cuidado e propostas coletivas de ações terapêuticas.

Considerando que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde, nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica à saúde. As ações de saúde mental na ABS devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de vínculos e de acolhimento no Território (Ministério da Saúde, 2003, p. 3).

Na reconfiguração do sistema de saúde, o psicólogo passa a integrar as equipes de Saúde da Família, com a caracterização mais atual de apoiador matricial.

O Apoio Matricial da Saúde Mental seria (o) suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais da saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários. (Figueiredo, 2006, p. 29)

Além disso, os Programas de Aprimoramento Profissional (PAP) permitem a inserção do psicólogo na Estratégia Saúde da Família, oferecendo a capacitação e a formação para a saúde pública. Essas atividades objetivam o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação ao modelo biomédico hegemônico, o conhecimento dos paradigmas e de suas práticas – principalmente o

paradigma pluralista de cuidados – as ações e as intervenções transformadoras das práticas em saúde, considerando sempre as situações complexas e concretas dos sujeitos históricos.

Nessas formas de a Psicologia atuar com as equipes de Saúde da Família, a perspectiva do cuidado é coletiva, comunitária e social, portanto, o psicólogo atua sempre buscando compreender o ser humano de forma holística, e não somente restrito à saúde mental, proporcionando ações voltadas para o cuidado integral.

Para Spink (2003), há uma dupla interface da Psicologia com a saúde: primeiramente como prática, em que atua a partir de um referencial clínico e centrado na experiência do paciente com sua doença, e, em segundo lugar, como teoria explicativa, contribuindo, com as demais disciplinas relevantes em um cenário interdisciplinar, para compreender o processo saúde/doença.

Ao ser considerada Psicologia explicativa, a Psicologia, ao longo da sua breve história, partiu de uma perspectiva individual para explicar os processos saúde/doença. Em seguida, incorporou o aspecto social em sua visão, porém de forma mecânica e sem alcançar os resultados esperados. Recentemente, adotou uma postura mais dinâmica frente ao social, construindo as novas bases da Psicologia social da saúde (PSS).

Segundo Spink, a Psicologia social da saúde, apesar de sua atuação ser mais voltada para o aspecto coletivo, ainda possui complicações entre a esfera individual e social. Para essa autora, sem dúvida, é de extrema importância a distinção entre as complicações entre essas duas esferas, na medida em que devemos abandonar a dicotomia entre indivíduo-sociedade, desconstruindo o *reducionismo*

socializante e o *reducionismo psicologizante*. No *reducionismo socializante*, o indivíduo é visto como fruto do meio social em que está inserido, e, na perspectiva *psicologizante*, o indivíduo é entendido como um ser autônomo, produto da dinâmica de suas características individuais. Certamente, faz-se necessário construir, em novas bases, a articulação necessária entre as esferas social e individual, prevenindo os reducionismos e promovendo a autonomia.

Conforme Spink, essa nova base é a inserção da perspectiva construtivista na Psicologia social, que percebe o sujeito como produto e produtor da realidade social, ou seja, visando a que esses sujeitos possam enxergar o processo de aquisição de conhecimentos no afã de dar sentido ao mundo.

A perspectiva construtivista, além de privilegiar a relação dialética entre a esfera individual e a social, enfatiza também a relação entre o pensamento e a atividade, na medida em que os sujeitos fazem construções simbólicas das coisas e dos objetos e possuem um modo singular de intervir na realidade histórico-socialmente construída.

Segundo a perspectiva construtivista: “A doença não é mais fruto de uma rede de causalidade, e sim, de um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade” (Spink, 2003, p. 47).

Ainda para essa autora, além de a abordagem construtivista compreender a doença não apenas como um fenômeno individual mas também coletivo e sujeito às forças ideológicas da sociedade, deixa de privilegiar a visão médica em detrimento da visão do usuário, e, por fim, possibilita o confronto entre o

significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que é ofertado pelo sujeito.

A adoção desses princípios da abordagem construtivista na Psicologia favorece saltos qualitativos na história da mesma, ao passo que traz benefícios para a comunidade ao proporcionar o entendimento do processo de construções simbólicas de cada indivíduo inserido em um contexto social específico.

Objetivos

Ofertar um espaço terapêutico para que usuários egressos de internações psiquiátricas possam trocar experiências e desenvolver suas potencialidades;

Dialogar, a partir desse espaço, sobre a construção de um projeto terapêutico coletivo de cuidados ampliados, ou seja, sobre a prevenção, a promoção e a proteção da saúde mental no Território;

Proporcionar a discussão do trabalho da Psicologia inserida no Programa Saúde da Família como estratégia que enriquece a construção e a composição dos múltiplos saberes, ampliando a clínica e a escuta do serviço.

Metodologia

Este trabalho constitui um relato de experiência e intervenção da Psicologia junto a uma equipe da Estratégia Saúde da Família, de um Município do interior paulista, que conta, atualmente com 28 unidades de Saúde da Família, proporcionando uma cobertura de 40% da população. Há, portanto, 25 mil famílias cadastradas no Município, sendo que a estimativa total de famílias é de 62.561 (Prefeitura Municipal de Marília, 2008).

A Unidade de Saúde da Família (USF) desse Município, de acordo com os dados do ano 2007, possui uma população de 3.129 pessoas, totalizando 834 famílias cadastradas.

A demanda para Psicologia - saúde mental, no ano 2008, foi bastante alta, caracterizada pelo próprio contexto e pelo perfil da população dessa unidade. Devido a essa grande demanda, houve a necessidade de se realizar plantões noturnos para os sujeitos trabalhadores que não dispunham de tempo para ir à unidade no horário de funcionamento comercial. No início de 2008, propusemos vários grupos de triagem, a fim de perceber as necessidades mais urgentes dos sujeitos, devido à impossibilidade de atender toda a demanda.

O conhecimento desse cenário favoreceu o início da construção de um projeto coletivo de cuidados. Foi a partir da compreensão das necessidades de saúde dentro de um contexto específico que emergiu, como oferta organizada, o grupo de saúde mental, facilitado pela inserção da aprimorada de Psicologia no Território.

O grupo intitulado *Saúde Mental* foi ofertado aos sujeitos desse Território, os quais, ao mesmo tempo, estavam também usufruindo de um acompanhamento psiquiátrico-medicamentoso no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do Município.

Todos os sujeitos acompanhados eram egressos de longas e frequentes internações psiquiátricas, e, no momento, só utilizavam como ação terapêutica a medicalização.

Considerando a importância dada à continuidade do tratamento dispensado aos egressos de hospitais psiquiátricos, construímos com a equipe a possibilidade de acompanhar esses sujeitos, através da construção de um plano coletivo de cuidados ampliados, de invenção de novas possibilidades terapêuticas e também através da possibilidade de aproveitar os recursos disponíveis no Território. Assim, pensamos em prevenir as recaídas e as reinternações desses sujeitos, de modo que eles não sofressem

devido a encaminhamentos desnecessários para internações psiquiátricas.

A metodologia utilizada foi fundamentada nos princípios e discussões de Campos (2003), ao propor o *método da roda*, e a técnica foi baseada na perspectiva construtivista da Psicologia social da saúde, proposta por Spink (2003), discutida anteriormente.

O *método da roda* é um projeto de saúde coletiva, de vigilância, que almeja não somente alterar o meio ambiente, ou seja, apenas intervir nas epidemias e nas situações de risco, mas também nos sujeitos e em suas relações sociais, de poder, etc. (Campos, 2003).

No *método da roda*, proposto por Campos, as pessoas de um grupo sentam-se em círculo e, nesse círculo, as palavras e os afetos circulam.

Para Campos (2003),

O método da roda lida com os impasses, procurando sempre incluir o sujeito no trabalho em saúde, fazer saúde coletiva com as pessoas, e não sobre elas. Para tanto, é fundamental produzir um aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos. (p. 26)

Esse aumento da *capacidade de análise e intervenção* dos sujeitos ou grupalidades constitui dispositivo efetivo sobretudo para identificar os determinantes envolvidos nos seus processos de adoecer, apesar das dificuldades dos seus contextos sociais, sejam eles determinantes internos, externos, conjunturais ou estruturais.

O objetivo desse método é a construção coletiva de projetos terapêuticos, visando à co-responsabilização dos problemas, à autonomia e à capacidade de intervir de modo eficaz em seus impasses subjetivos (Campos, 2003).

Para tanto, esse autor sugere algumas *metodologias* ou instrumentos para que o aumento da *capacidade de análise e intervenção* seja alcançado, a saber: a construção de vínculos e de um contrato de trabalho entre equipe técnica, grupos de usuários e organizações, a emergência de temas e a construção de projetos de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações. Essas três metodologias foram utilizadas no grupo apresentado a seguir.

A técnica utilizada baseada na concepção da Psicologia social da saúde propiciou certo olhar para os sujeitos, que considera e revela as suas construções simbólicas acerca das coisas, mais especificamente, sobre o processo de adoecer e produzir saúde e cuidado, em um contexto micro específico – o território de abrangência – e também no contexto macro – a ideologia vigente, que produz certas representações sociais majoritárias sobre as necessidades ou problemas de saúde dos sujeitos e sobre as formas adequadas de intervir nessas necessidades.

Resultados e discussões

O grupo de saúde mental teve início em abril de 2008, com quatro componentes, sob a coordenação da psicóloga, permanecendo por nove meses, com os mesmos integrantes, sem nenhuma desistência. Os encontros foram semanais, com a duração média de 90 minutos, todas as sextas-feiras no início da manhã, totalizando 36 encontros. Os componentes do grupo eram sujeitos que pertenciam à área de abrangência, egressos de internações psiquiátricas que estavam em acompanhamento somente medicamentoso no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do Município.

Através da oferta de um espaço terapêutico que objetivava a troca de experiências e o desenvolvimento de potencialidades,

percebemos que, ao final do grupo, houve aumento da *capacidade de análise e de intervenção* no que diz respeito ao atendimento e busca de suas necessidades sanitárias e problemáticas psíquicas. Exemplo disso foi a não necessidade da reprodução de internações psiquiátricas, como havia ocorrido no ano anterior com três componentes do grupo. Além disso, a técnica terapêutica utilizada, baseada na Psicologia social da saúde e no método coletivo da roda, facilitou o contato dos usuários com a própria experiência e com os recursos internos/emocionais e externos/comunidade, os quais passaram a procurar soluções para o sofrimento, recursos esses sinalizados tanto pela psicóloga quanto pelos outros componentes.

O contato com os outros membros do grupo serviu de estímulo à reinserção social para os sujeitos isolados ou escondidos dentro da própria casa, antes inseridos em uma lógica de não compreensão familiar, sendo-lhes negado o estímulo necessário ao desenvolvimento de suas potencialidades/habilidades.

A partir do impasse subjetivo individual trazido para ser compartilhado no grupo, percebemos o construir coletivo dos sujeitos, a lógica forjada no cuidado solidário, na ética profissional, no vínculo positivo e no processo de construção de graus cada vez maiores de autonomia.

Nessa perspectiva, pudemos compartilhar os avanços de um membro do grupo que apenas se limitava a sair de sua residência para ir ao mercado, localizado a algumas quadras de sua casa, e que, no entanto, desejava ir sozinho, através de transporte coletivo, ao Ambulatório de Saúde Mental para buscar seus medicamentos. Percebemos o desejo, não só desse sujeito mas também o de todos os do grupo, de que fosse estimulado o protagonismo em suas vidas, a consolidação

da autonomia e do empoderamento, além da não continuidade da exclusão social.

Em relação aos recursos medicamentosos, percebemos que o grupo desejava depender cada vez menos desses recursos, sendo constantes tais discussões e ações terapêuticas coletivas. Isso nos mostra um exemplo de emergência de temas, proposto por Campos, no trabalho com grupalidades – o tema sugerido pelo grupo foi o da *desmedicalização*.

Através dos vínculos positivos construídos entre os sujeitos do grupo e a psicóloga, foi possível pensar em propostas visando à promoção da saúde e à integralidade do cuidado. Observou-se no grupo que os sujeitos desejavam intervir em suas problemáticas sanitárias e nos seus impasses subjetivos através da construção de todos, ou seja, todos possuíam sua importância e singularidade dentro do grupo.

Além desse vínculo grupal, que se solidificava a cada mês, o grupo desejou e construiu a possibilidade de fazer caminhada, no horário antes do início do grupo de saúde mental.

A caminhada foi marcada para o primeiro horário da manhã na comunidade, e depois era feito o trabalho em grupo na Unidade de Saúde da Família (USF). As caminhadas matinais tinham como propósito a promoção da saúde, mas predominava o desejo de permanecer com os companheiros ou de visitar algum membro do grupo, com o fortalecimento do vínculo interpessoal.

A ideia da visita, por exemplo, surgiu no primeiro dia de caminhada, e a pessoa visitada foi a que não compareceu ao encontro combinado. Os encontros foram sendo construídos à medida que as necessidades, fossem elas de que natureza fossem, também surgiam, sendo que as necessidades do grupo indicavam os caminhos para a prática do psicólogo.

Através desse grupo, foi possível visualizar as construções coletivas dos projetos de cuidado entre profissionais e usuários, a não necessidade de reprodução da internação, o vínculo e os laços de confiança que foram feitos não somente com os profissionais do serviço mas também com os companheiros do grupo, o que proporcionou a reconstrução das relações sociais que, muitas vezes, foram rompidas devido aos longos momentos de sofrimento psíquico grave e de internações psiquiátricas recorrentes.

Sem dúvida, percebemos o quanto a Estratégia Saúde da Família pode trazer efeitos benéficos à comunidade. Cabe aqui lembrar o movimento da reforma psiquiátrica, que prioriza a desconstrução do dispositivo do paradigma manicomial, por meio da humanização das práticas sanitárias, do acolhimento, dos laços de confiança e do processo social da desinstitucionalização, estimulando maior envolvimento da família e da comunidade no tratamento.

Nesse sentido, a proposta do grupo de saúde mental surgiu a partir da reflexão acerca das repercussões das internações que incluíam o distanciamento familiar, a continuidade da exclusão social e da importância dada à parceria entre a Atenção Básica à Saúde (ABS) e os serviços de saúde mental do Município, no que diz respeito à coresponsabilização do tratamento e ao cuidado ampliado dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico grave no Território.

Considerações finais

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo repensar a lógica dos processos promoção/saúde/doença/cuidado, proporcionando a desconstrução do saber biomédico como único recurso terapêutico, e inserir as problemáticas da saúde, juntamente aos seus impasses psíquicos, em um contexto que é histórico e socialmente determinado.

As análises existentes revelam que o olhar centrado no sujeito representa um novo impulso, uma ruptura epistemológica de grande importância, que rompe com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença. Essa ruptura inaugura uma mudança qualitativa – uma relação diferente com o sujeito – de respeito e compreensão frente à complexidade humana. A partir desse êxito, as estratégias e os projetos de cuidado são marcados pela diversidade de possibilidades e de criatividade.

Esse olhar centrado no sujeito se baseia em uma clínica ampliada, e, para se alcançar um cuidado integral voltado para ele, que é possuidor de todas as necessidades de saúde, foi fundamental e imprescindível um arranjo profissional composto por uma gama de olhares, saberes e práticas sanitárias. Nesse arranjo, notamos que a presença do profissional psicólogo enriqueceu a construção coletiva dos projetos de cuidados, desenhando implicações positivas no modelo de atenção, podendo contribuir também com a ampliação da clínica e da escuta do serviço, que entende o ser humano em sua mais complexa situação de vida, seja ela material, seja subjetiva.

Portanto, a proposta da articulação da Psicologia social da saúde com a Estratégia Saúde da Família revela a sua potência, tanto nas equipes multiprofissionais quanto junto à comunidade, na medida em que o psicólogo age como facilitador na compreensão dos processos promoção/saúde/doença/cuidado, sem desvincular o sujeito do seu contexto social, além de permitir a avaliação crítica da micropolítica dos processos de trabalho e das ações terapêuticas.

Percebemos também que as propostas terapêuticas cujas ações enfocam a desmedicalização e a continuidade do cuidado aos usuários egressos de internações

psiquiátricas no seu lugar social de origem são eficientes e fortalecem e estão em confluência com os objetivos e os princípios da Atenção Básica à Saúde e do Sistema Único de Saúde.

Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o sujeito na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de se normalizar o social, é possível para esses sujeitos, tais como são, fazer parte do social, é possível fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social.

Sem dúvida, essa parceria com a rede social de suporte e a coresponsabilização entre a equipe multidisciplinar, aliadas ao envolvimento da comunidade local, evidenciou a potencialidade de construções coletivas e de ações intersetoriais, permitindo a luta contínua pela defesa da vida, pela produção da saúde e pela qualidade de vida de todos os usuários inseridos no Território de abrangência, consolidando as diretrizes operacionais do paradigma produtor de cuidados.

Por outro lado, percebemos que, para se construir um cuidado cada vez mais integral dispensado aos sujeitos, apresenta-se o grande desafio, cada vez mais necessário, da participação dos diferentes atores envolvidos no processo promoção/saúde/doença/cuidado, ou seja, os profissionais específicos da saúde mental devem somar-se ao restante dos profissionais da saúde, de modo que todos possam estar inseridos em uma *equipe-interação*, aquela em que há a interação entre os integrantes da equipe e a articulação das ações terapêuticas, além da não desvinculação da idéia de que a saúde não é algo que se dá à população, mas uma construção desta, um pleno exercício de cidadania que todos os profissionais devem incitar.

Percebemos que ações e planos de cuidado, seja para promover a saúde, seja para prevenir doenças, dependem da participação ativa dos sujeitos, pois, ao contrário, ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores dos sujeitos, essas práticas e projetos de cuidado perdem a sua eficiência.

Certamente, a construção de um projeto de cuidados ampliados resulta em eficácia do sistema – capacidade de produzir saúde e evitar danos – e em eficiência – responsabilização pela atenção – quando acionada a máxima potência e a criatividade profissional, compondo com outros olhares, saberes e práticas.

Embora ainda exista a fragmentação do trabalho em equipe e a não integralidade das ações de cuidado, sem dúvida também existe a utopia no campo da saúde. É certo que a utopia, sendo algo inatingível, porém sempre procurada, produz busca, movimento, desestabilização do instituído; por conseguinte, pudemos vislumbrar a dimensão do fato de se acreditar na saúde e no desejo de mudança paradigmática, em que foram pautadas nossas práticas sanitárias para a construção de um projeto de cuidado ampliado entre equipe técnica, grupos de sujeitos e organizações.

Enfim, a proposta de desconstruir a *psicologização* e a *psiquiatrização* crescente nos serviços de saúde é um entrave para o qual a Psicologia se propõe a produzir um desvio: superar a lógica da especialização, da normalização e da fragmentação do trabalho da própria saúde mental, transmutando-a para a lógica de direitos e das relações solidárias. Essa mudança de práxis deve levar todos aqueles que trabalham na área da saúde a se sentirem autorizados a fazer uma escuta que seja qualificada, sem que esta gere tamanho desconcerto e tamanha angústia para esses profissionais, a fim de que não passem adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e de impotência; tal mudança poderá transformar os profissionais da saúde em verdadeiros *operadores do cuidado*.

Priscila Freitas Ramos*

Psicóloga, aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional na área de Saúde da Família Multiprofissional, da Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP - Brasil.

Danielle Abdel Massih Pio

Psicóloga, supervisora do Programa de Aprimoramento Profissional na área de Saúde da Família Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP – Brasil.
E-mail: dmassih@flash.tv.br

***Endereço para envio de correspondência:**

Chaim José Elias, 590, apt.12 - Bairro Novo Mundo – São José do Rio Preto, SP - Brasil - CEP: 15084-060.
E-mail: priscilapsi_freitas@yahoo.com.br

Recebido 23/12/2008, 1ª Reformulação 14/5/2009, Aprovado 4/6/2009.

Referências

- Boff, L. (2002). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil Ministério da Saúde (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Departamento de Atenção Básica. Coordenadoria Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 12 de novembro de 2008, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. O. (2001, maio/agosto). Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Figueiredo, M. D. (2006). *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas* (SP). Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde. (2008). *Núcleo de Informações*.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2005, maio/junho). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.
- Pereira, M. P. B., & Barcellos, C. (2006, junho). O território no Programa de Saúde da Família. M. S. Hygeia: *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2(2), 47-55.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (3a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.