

AS POSSIBILIDADES DA PSICOLOGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DENTRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Karla Barbosa Klein*

RESUMO

O trabalho clínico da psicologia como promotor da saúde mental, tanto do indivíduo quanto da comunidade, é muito novo e tem sido alvo de grandes questionamentos. Na atualidade, as políticas de saúde pública começam a perceber a importância de se escutar o sujeito para promover a saúde com qualidade, e não só de forma assistencialista. O seguinte trabalho foi confeccionado como uma revisão teórica, objetivando contribuir para o conhecimento das possibilidades da psicologia na promoção da saúde mental dentro do Programa de Saúde da Família.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Atenção Básica. Saúde Mental.

ABSTRACT

Psychology's work inside the communities as a health promoter for the people and the community is new and has been highly questioned. Nowadays public health politics have started noticing the great importance of listening to the subject not only biologically, but also it's subjectivity so as to promote health with quality, counting on the community's participation. This paper was built on a bibliographic review aiming to gain knowledge about Psychology's possibilities in the promotion of mental health inside the "Health Family Program".

Keywords: Health Family Program. Basics Attention. Mental Health. Psychology.

*Psicóloga, graduada pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde e ampliou as possibilidades de se tornar uma proposta vitoriosa, em especial por permitir que os municípios trabalhassem seu foco de atuação de acordo com suas demandas, assim, ganhando contornos que vão para além do conceito habitual de programa. Dessa forma, mesmo contendo diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica do sistema de saúde como um todo. Em consequência disto, o Programa de Saúde da Família tem ampliado o debate em torno da crise do setor saúde, abrindo espaço para discussões como a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva, as práticas assistenciais e em particular as práticas médicas. (SAMPAIO; LIMA, 2008).

Dessa maneira a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em pleno acordo com as propostas e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser entendida como um modelo substitutivo ao modelo de saúde vigente, voltada prioritariamente à defesa da vida dos cidadãos. Tal estratégia, iniciada com a incorporação de Agentes Comunitários às Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribui para que todas as diretrizes da atenção básica sejam efetivadas de forma inovadora. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Existem atualmente diversas definições de Saúde Pública, entre elas a definição formulada pelo estudioso Charles-Edward Amory Winslow (1877 – 1957), dos Estados Unidos da América em 1920:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 33)

Assim, pode-se entender a qualidade de vida como uma resultante das dimensões biológica, psicológica e social, em que as questões objetivas e subjetivas criam o contexto no qual o sujeito está inserido e será trabalhado, levando em consideração as especificidades de cada situação. (FRANÇA; VIANA, 2006).

Ainda nos anos sessenta, a sociedade ocidental iniciou um processo de redefinição da saúde mental, entendendo, assim, a necessidade da felicidade e do bem estar das pessoas como uma exigência global urgente. Processos históricos como o movimento de 1968 na França e os movimentos sociais em que a saúde e o bem-

estar aparecem como temas centrais atestam a busca da população por melhores condições de saúde, saúde mental e por tratamentos mais integrados e menos segregatórios. (VASCONCELOS, 1987).

Assim, a partir das décadas de 60 e 70, alguns países do terceiro mundo vêm desenvolvendo a criação de centros comunitários de saúde mental ou integrando as atividades em saúde mental à rede básica de postos e ambulatórios médicos. Entre tais países podem-se destacar o Chile, Jamaica, México e Honduras. A princípio surgiram iniciativas isoladas, no entanto, em meados de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a propor a implementação de sistemas mais racionalizados de saúde e saúde mental. O modelo proposto pela OMS tem como objetivo a descentralização dos serviços tendo como porta de entrada do sistema o posto de saúde junto aos bairros populares e distritos rurais. (VASCONCELOS, 1987).

Desse modo pode-se considerar que a articulação entre saúde mental e atenção básica se impõe como algo inadiável para os atuais gestores em saúde. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade. (DIMENSTEIN; SANTOS; BRITO, 2005).

Nesse sentido, o direito e o acesso à saúde mental significam também ter acesso a serviços que permitam o trabalho das contradições, repressões e agressividades que são introjetadas desde a infância e que surgem *a posteriori* por angústia, medo, dificuldade de amar e se relacionar com o mundo. Dessa forma, a Psicologia Comunitária é uma das tentativas de se responder a essa preocupação em se colocar a saúde mental sob perspectiva preventiva e inerente à vida social e, paralelamente, visa também a atuar sobre as contradições internalizadas nas pessoas. (VASCONCELOS, 1987).

Segundo Vasconcelos (1987), pode-se dizer que a proposta da Psicologia Comunitária é, de forma simplificada, entender que as divisões do saber são resultados da história das instituições acadêmicas, que a realidade se apresenta com a integração dos aspectos biopsicosociais, que as abordagens devem ser interdisciplinares e o trabalho através de equipes multiprofissionais. Deve-se dar ênfase às pessoas enquanto seres sociais, em que o conteúdo psíquico tem conotações também institucionais, sociais, culturais e políticas; perceber que esta é uma abordagem articulada a uma visão totalizante social e busca a explicitação de um compromisso político e social cuja prioridade básica é chegar às classes populares ainda sem acesso aos serviços básicos de saúde mental.

Dessa forma, entende-se hoje que de um a dois terços dos usuários que procuram os ambulatórios médicos, postos de saúde ou serviços de emergência sofrem de manifestações hipocondríacas, histéricas ou somatizações, em que o sofrimento de ordem psicológica está indubitavelmente presente. Seguindo este raciocínio, sabe-se

também que, mesmo as pessoas padecendo, realmente, de algum comprometimento físico, estão sob a influência do fator psicológico, pois a fragilidade gerada pela doença sempre afeta de alguma maneira a integridade da pessoa. Assim, observa-se que todo paciente somático possui uma fragilidade psicológica em maior ou menor grau, o que justifica o atendimento psicológico em associação ao tratamento médico (MELLO, 1997).

Sabe-se, ainda, que inúmeras demandas específicas em saúde mental são identificadas diariamente por profissionais das equipes de PSF e pelos agentes comunitários de saúde. Tais situações, por vezes, necessitam de intervenções imediatas e precisas, que poderiam evitar o uso desnecessário de recursos assistenciais mais complexos. São diversos os problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar. (BITTENCOURT; MATEUS, 2006).

De acordo com a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que discorre sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fica determinado em seu inciso IX, do parágrafo único, do Artigo 2., que “[...] é direito da pessoa portadora de transtorno psíquico ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental [...]”. Neste sentido a lei aponta para a inclusão da atenção em saúde mental na atenção básica, como uma das possibilidades de manter o portador de transtorno próximo à comunidade, à família e ao meio social, facilitando, assim, ações de educação e prevenção. (BITTENCOURT; MATEUS, 2006).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propõe em seu plano uma estratégia privilegiada das ações de Saúde Mental, como a sua inclusão na atenção básica e o seu trabalho com o PSF, ressaltando que ele compreende um novo modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e à qualidade de vida, direcionado à família e à comunidade. Os profissionais desses programas, engajados na promoção da saúde e do bem-estar das comunidades, devem se pautar na construção de compromisso, disponibilidade e das relações de confiança com seu público. Mantendo maior ênfase no vínculo, as equipes trabalham no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde. Assim, no campo de atenção à saúde mental, têm-se relevantes transformações conceituais e operacionais, transformando o modelo pautado na referência hospitalar em um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. (DIMENSTEIN et al., 2005).

A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica a essa rede diversificada de serviços Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) poderá contribuir para impulsionar o novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS.

Nesse sentido a extensão da rede de serviços de atenção primária à saúde tem sua atuação referida a demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na linha tênue entre os “problemas do cotidiano” e a “patologia” definida e nem sempre estão claramente configuradas como demandas para as quais a melhor resposta possa ser encontrada exclusivamente no diagnóstico-terapêutico da biomedicina. A partir dessa última característica, pode-se pensar em outras duas fundamentais: a importância das conversas, que otimizariam a identificação, elaboração e negociação das demandas, e a importância da atuação das equipes multidisciplinares com a articulação intersetorial. Isto porque a atenção primária foi concebida como a principal porta de entrada para a rede de serviços de saúde, e também para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela falta de outros espaços sociais de expressão. (TEIXEIRA, 2005).

Segundo o raciocínio, pode-se concluir que as características citadas apontam claramente para como as necessidades em saúde mental podem ser atendidas no contexto da atenção básica com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador. É possível considerar também que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção pode ser entendida como importante estratégia para a reorganização da atenção à saúde, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, estimulando a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. Dessa maneira a inserção das discussões em saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação do cuidado, pois a política do próprio PSF traz uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, entendendo o sujeito de forma sistêmica e elegendo a família e a comunidade como locais prioritários da intervenção. (TEIXEIRA, 2005).

Nessa lógica, a Psicologia precisa expandir o cuidado em saúde mental dentro da rede de atenção básica para o acompanhamento, cuidado ambulatorial, trabalho do laço social junto à comunidade e ainda reafirmar o lugar do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como dispositivo transitório, funcionando, preferencialmente, no trabalho com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes e promovendo a discussão da cultura manicomial que atravessa os mais diferentes espaços comunitários. (DIMENSTEIN et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (BLEGER, 1984), a qualidade de

vida depende de diversos fatores, enfocando cinco dimensões: a psicológica, a física, as relações sociais, o meio ambiente e o nível de independência, que, nesse caso, corresponde aos aspectos de morbidade, dependência de cuidados médicos e de medicações, capacidade laborativa e atividades diárias. Nessa direção, sabe-se que, para se vislumbrar um mais alto nível de saúde na população, é preciso promover mais equilíbrio no que diz respeito à saúde individual e coletiva, mudando o foco da doença para a saúde.

Nessa perspectiva, entende-se que o PSF se torna terreno propício para o desenvolvimento do trabalho do Psicólogo, pois passa a ser essencial no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde mental, tanto no nível de atenção primária como na manutenção dos aspectos saudáveis. Assim é de grande importância que o Psicólogo fique atento às inúmeras variáveis que norteiam esse tipo de atendimento, pois:

[...] cabe, portanto, ao profissional, delinear seu espaço, seus limites e suas possibilidades. O Psicólogo que cuida de um paciente em sistema home care deve ter cuidado para não se envolver em questões familiares, domésticas e particulares. Deve se nortear pelo fato de que está ali a serviço da pessoa a ser atendida, e não da família, a menos que a questão envolva diretamente o paciente. Alertamos para a necessidade de se levar em conta a abordagem teórica que fundamenta a intervenção psicológica e que pode levar a discussões mais aprofundadas sobre o contrato e os vínculos estabelecidos. A ética, em seu entendimento mais amplo, é respeitada na medida em que o atendimento domiciliar é avaliado como a única forma de que se dispõe em dado contexto para atenuar o sofrimento da pessoa ou da família. (ORIENTAÇÃO, 2008 p. 01).

Dentro desse paradigma pode-se ressaltar que alguns dos trabalhos desenvolvidos pela Psicologia dentro do PSF consistem em: atuar junto à comunidade, divulgando informações sobre saúde mental e identificando os usuários com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica; viabilizar um espaço terapêutico para que os usuários possam falar sobre suas experiências e desenvolver suas potencialidades, podendo-se assim trabalhar o quadro clínico e a mobilização social; trabalhar junto a equipe do PSF e outros profissionais de saúde com o objetivo de unir esforços para garantir um atendimento multidisciplinar de qualidade, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica. (BITTENCOURT; MATEUS, 2006).

Nesse sentido, segundo Mejias (1995, p. 37)

Praticamente qualquer esforço para melhorar a educação das crianças, tornar a comunicação mais eficiente, desenvolver auto-controle e auto-estima, reduzir o stress e a poluição – enfim, todo esforço dirigido no sentido de melhorar a condição humana e

tornar a vida mais gratificante e significativa – pode ser considerado parte da prevenção primária do distúrbio mental ou emocional.

Assim, entende-se o porquê da necessidade da participação dos diferentes atores envolvidos no processo saúde/doença, considerando sempre que a saúde não é algo que possamos oferecer à população, mas, sim, uma conquista de toda a população através do exercício da cidadania. (FRANÇA; VIANA, 2006).

Artigo recebido em: 26/06/2008
Aceito para publicação: 20/10/2008

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006.

BITTENCOURT, Rosane Aparecida do Amaral; MATEUS, Marina Lopes Fontoura. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2008.

BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **D.O.U.** de 9 abr. 2001. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs_saude/lei_10216_01.pdf. Acesso em: 28 abr. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº5/2003, de 14 de junho de 2003**. Reconhece a Psicologia Social como especialidade em Psicologia para a finalidade de concessão e registro de título de Especialista. Brasília: [s.n.], 2003.

DIMENSTEIN, Magda; SANTOS, Yalle Fernandes dos; BRITO, Monique et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2008.

FRANÇA, Ana Carol Pontes de; VIANA, Bartyra Amorim. Interface psicologia e programa saúde da família: reflexões teóricas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=>>. Acesso em: 20 maio 2008.

MELLO, Júnior. Grupoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO L. D. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MEJIAS, Nilce Pinheiro. A atuação do psicólogo: da clínica para a comunidade. **Cadernos de Psicologia** - Revista da faculdade de psicologia da UFMG, Belo Horizonte, n.1, p. 32-43, 1995.

ORIENTAÇÃO: o atendimento domiciliar em Psicologia. **PSI Jornal de Psicologia** - Conselho Regional de Psicologia. São Paulo, v. 19, n.128, maio/jun 2001. Disponível em: http://www.crsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/128/frames/fr_orientacao.htm>. Acesso em: 27 maio 2008.

PAIM, Janilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2000.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; LIMA, Pedro Gilberto Alves. **Introdução**: apoio ao Programa de Saúde da Família. 8 jan. 2004. Disponível em: < [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=9&subject=familyHealthSupport&search=\(\\$\)*\(introduction/\(channel\)\)>](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=9&subject=familyHealthSupport&search=($)*(introduction/(channel))>). Acesso em: 27 mar. 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 585-598, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O que é psicologia comunitária**. São Paulo: Brasiliense, 1987.