

Psicologia comunitária e redes de apoio em saúde mental

Andriele de Oliveira de Souza¹

Aline Piason²

Bruna Seibel³

Resumo: Com base em resultados advindos da prática de observações e intervenção realizadas através da disciplina de Estágio Básico I e II – Observação e Intervenção em saúde mental com a docente Aline Piason e a disciplina de Métodos de Intervenção em Saúde Mental I, com a docente Bruna Seibel, ambas da Instituição de Ensino Superior – Faculdade CESUCA; este trabalho tem como objetivo central a explanação bibliográfica a respeito da Psicologia Comunitária e relato de experiência proporcionado através da prática do estágio nesta área, visando a conhecer a rede que se constitui diante a proposta de atuação do Psicólogo nas comunidades. Tal como, suas demandas, recursos, dificuldades e resultados diante a estas práxis.

Palavras-chave: Psicologia Comunitária; Saúde Mental; Redes de Apoio.

Abstract: Abstract: Based on results from the practice of observations and intervention performed through the discipline of Basic Stage I and II - Observation and Intervention in mental health with the teacher Aline Piason and the discipline of Intervention Methods in Mental Health I, with the teacher Bruna Seibel, both from the Institution of Higher Education - CESUCA Faculty; this work has as main objective the bibliographical explanation about the Community Psychology and report of experience provided through the practice of the internship in this area, aiming to know the network that is constituted before the proposal of the Psychologist in the communities. As well as their demands, resources, difficulties and results before these praxis.

Keywords: Community Psychology; Mental Health; Support Networks.

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia Comunitária é um campo da Psicologia que visa a atender demandas num âmbito dos fenômenos psicossociais. Visando ao despertar de uma consciência crítica e contribuir para a construção da identidade individual e social do indivíduo através de atividades interdisciplinares, de acordo com a definição de Góis (1993). A partir da ideia de que compreender o indivíduo separadamente da sociedade, reforça uma visão fragmentada dos fenômenos psicossociais, é que a Psicologia Social e Comunitária vai criando seu campo de atuação cada vez mais definido e criando espaço para fazer Psicologia de uma forma mais abrangente.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandriele@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

A Psicologia Comunitária pode ser considerada nova ao que diz respeito a sua atuação. Após a guerra fria, no período de 1950 e 1960 passou a questionar-se o modelo elitizado e individualista de fazer Psicologia com ênfase na atuação clínica do psicólogo. Esses questionamentos apontavam para a busca de práticas diferenciadas das tradicionais, com o fazer psicológico dirigido à maioria da população, fugindo dos alicerces do modelo clínico enraizado nos profissionais da Psicologia (Cruz; Freitas; Amoretti, 2010).

No Brasil, na década de 1980, diante de um contexto de mudanças políticas e econômicas, com a transição do regime militar ditatorial, que foi palco para a Reforma Sanitária Brasileira, propiciou-se a resultante de um novo olhar perante a saúde, que a partir de então passa a ser considerada um direito do cidadão e um dever do Estado. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, se oferece um sistema de saúde que garantem universalidade, equidade e integralidade em seu serviço, foi ampliado o olhar perante o processo de saúde-doença passando a ser considerado aspecto biopsicossociais do indivíduo (Caçapava & Colvero, 2008).

Deparando-se com uma realidade precária das comunidades, onde os direitos humanos básicos eram desonrados a todo instante, e o direito a moradia, educação, saúde e emprego cada vez mais negados por uma forte submissão e opressão perante as autoridades governamentais. Concretizou-se, um modelo de fazer Psicologia que rompe com a dualidade entre o social e o individual, se dispendo a trabalhar com grupos que refletisse sobre as problemáticas emergenciais da própria comunidade, reconhecendo suas reais necessidades, a fim de compartilhar práticas e saberes, potencializando a comunidade a criar sua autonomia para solucionar problemas e efetuarem mudanças em seus próprios contextos sociais (Cruz, Freitas & Amoretti, 2010, p.77-95).

Fundamentada na “troca de saberes”, a Psicologia Comunitária conta com o apoio da sociologia, antropologia, serviços sociais dentre outros campos que se disponibilizam a compartilhar seus serviços de uma forma interdisciplinar a serviço da comunidade. Mas sempre considerando o saber popular, como também, uma rica e eficiente forma de saber, capaz de influenciar o meio na qual se constitui. “Saúde é então resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual seja coletivamente.” (Tanaka & Ribeiro, 2008, p.478).

Sendo assim, o profissional de Psicologia, não está colocado em um “pedestal”, como se todo o conhecimento e verdades estivesse apenas em sua posse. Pelo contrário, o profissional assume uma postura diferenciada, incluindo-se na comunidade e conhecendo suas demandas, a partir do que é apresentado pelos próprios membros desta, ou seja, seus objetivos de trabalho dentro de uma comunidade não partem de demandas pré-definidas, e sim são definidos a posteriori, de acordo com as reais necessidades da comunidade na qual se presta o serviço, sendo assim o indivíduo que aponta o problema se torna mais ativo no processo de resolução do mesmo (Freitas, 1998, p. 175-189).

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandriale@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³ Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, os serviços de saúde pública gerenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm incorporado em seu contexto a Psicologia Comunitária em seus serviços. A porta de entrada para a Psicologia Comunitária se colocar em ação nos serviços de saúde pública no município de Gravataí foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo o Ministério da Saúde em Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial (2004), os CAPS são serviços de saúde especializada, que visam ao tratamento de pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental que precisam de atenção neste âmbito, a fim de manter a preservação do indivíduo e da rede a sua volta, tal como garantir a inclusão social, tratamento, acompanhamento terapêutico e recursos dispostos a esse público objetivando a melhor qualidade de vida deste indivíduo. Esse serviço especializado de saúde mental é implantados de acordo com os critérios populacionais de cada município, e definidos pela portaria GM n°.336, de 19 de Fevereiro de 2002, e sua implantação parte de auxílios financeiros, repassados pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Existem CAPS I, CAPS II, CAPS III que variam de acordo com o número de habitantes de cada município, e ainda o CAPS AD (com ênfase em álcool, drogas e outras demandas de vícios) e o CAPSi (que visa atendimento de saúde mental infantil). Suas equipes são interdisciplinares, que podem incluir médicos psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, oficinairos/artesão, técnicos ou auxiliar de enfermagem e administração, etc., de acordo com a portaria GM n°.336, de 19 de Fevereiro de 2002.

Por sua vez, os CAPS contam com o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esses serviços de saúde primária prestam suporte para os serviços especializados, onde inclui-se a saúde mental, a fim de dar encaminhamentos recorrentes da identificação da necessidade do paciente de um serviço especializado, e trabalhar de forma conjunta, visando a qualidade de vida do paciente.

As UBS e ESF, como estão diretamente inclusas na comunidade, prestam o suporte primário. Em sua maioria, as ESF contam com o apoio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pelo acolhimento dos pacientes nas unidades e também por Visitas Domiciliares (VD) quando existe a necessidade. Assim torna-se possível a identificação dos pacientes que necessitam de serviços relacionados à saúde mental e também conhecer as reais necessidades da comunidade no contexto social (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Com a possibilidade de um trabalho conjunto entre os serviços de saúde primária e os centros de atenção psicossocial (CAPS), constitui-se também a possibilidade de um novo olhar sobre a comunidade no contexto da saúde mental, tornando-se possível também trabalhar com a promoção de saúde e prevenção da doença no contexto da comunidade. Em

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

concordância com a definição do Guia prático de matriciamento em saúde mental (Ministério da Saúde, 2011), a construção de uma rede de saúde: “ é algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula, por meio de suas ligações, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção.”(p.199).

Segundo o artigo Estratégia de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde de autoria de Caçapava e Colvero (2008):

há uma discussão que evidencia a importância da configuração da rede de cuidados de saúde, pois parte da premissa de que, de forma isolada e sem articulações entre si, os serviços de saúde são incapazes de reunir a totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde da população. Assim, o conceito de “rede” é definido como a representação nuclear da integração dos serviços de saúde, já que esta, por sua vez, consistiria em coordenar, de forma durável, “[...] as práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço. (p.574)

Esses serviços de saúde podem contar ainda com o matriciamento que é um instrumento em que o profissional especializado de saúde mental presta suporte para os profissionais da saúde básica (UBS e ESF), a fim de que pequenas demandas de saúde mental sejam já identificadas e atendidas por esses serviços de atendimento primário. Sendo assim, constrói-se uma autonomia dos serviços de saúde básica para prestarem serviços que supram as demandas de saúde mental consideradas mais leves, evitando encaminhamentos desnecessários dos serviços especializados de saúde e a superlotação destes (Ministério da Saúde, 2011).

O apoio matricial implica no suporte de profissionais especializados de saúde mental, tais como psicólogos, médicos psiquiatras e assistentes sociais, com base em encontros periódicos com os profissionais da saúde básica, onde é possível a discussão de casos específicos de pacientes, possibilitando a troca de saberes entre os profissionais, e capacitando os profissionais de saúde básica a ter autonomia no atendimento a esses pacientes (Ministério da Saúde, 2011).

Sendo assim, evita-se a superlotação dos serviços especializados (CAPS) e também filtra os atendimentos que realmente precisam desses serviços, evitando encaminhamentos desnecessários. Também capacita os profissionais do serviço de saúde primária na prevenção a saúde mental, o que torna-se um grande auxílio na ação da psicologia comunitária.

De acordo com o Guia prático de matriciamento em Saúde mental (Ministério da Saúde, 2011): “ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.”(p.13). Com base no matriciamento, ocorrem também capacitações sobre temas abrangentes à saúde mental, em que são discutidos temas

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³ Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

recorrentes ao assunto, possibilitando os profissionais de saúde mental compartilhar seus conhecimentos e esclarecer eventuais dúvidas dos profissionais da saúde básica. Os temas são definidos de acordo com a necessidade que as demandas se apresentam e os encontros são periódicos, em sua maioria semanal.

Contudo, o psicólogo comunitário encontra seu campo de atuação através dessa rede entre os serviços de saúde pública. Onde é possível a aplicação da Psicologia Comunitária em grupos de saúde mental nessas comunidades. Construindo uma parceria entre essa rede e seus trabalhos com a comunidade.

De acordo com o Guia prático de matriciamento em saúde mental (Ministério da Saúde, 2011): “O acolhimento e a escuta, o apoio das equipes e dos grupos são, em grande parte dos casos, suficientes para a pessoa se reestruturar, buscando soluções para seus problemas.”(p.115). Com atividades em grupos, o psicólogo visa conhecer as reais demandas da comunidade e potencializar os indivíduos a explorar seus recursos já existentes de uma forma mais produtiva e resolutive, e buscar por recursos não disponíveis através da troca de conhecimentos, visa à promoção de saúde através da integração e troca de saberes entre o grupo, presta também suporte psicológico, possibilita a formação de uma rede de apoio ainda maior, trabalha resoluções em conjunto de eventuais conflitos sociais, etc.

3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de experiência na área da Psicologia Comunitária, com base nas práticas de observações proporcionadas pelas disciplinas de Estágio Básico I e II – Observação e Intervenção em saúde mental, com supervisão da docente Aline Piason e pela disciplina de Métodos de Intervenção em Saúde Mental I, com a docente Bruna Seibel, ambas do curso de Psicologia, da instituição de ensino superior – Faculdade CESUCA. Buscou-se aprimorar os conhecimentos a respeito da prática do profissional de psicologia diante sua atuação na comunidade, especificamente, nos serviços de saúde mental - CAPS. Também deve se considerar como método deste, a entrevista semiestruturada, realizada com o psicólogo supervisor de estágio e responsável pelos grupos de Psicologia Comunitária no município de Gravataí, o que me propiciou conhecer um pouco mais da vivência profissional e o funcionamento deste serviço.

A escolha do tema partiu da produção de quatro relatórios de observação e a escolha de uma intervenção aplicada com base nas demandas observadas, relacionando-a com um tema para o aprofundamento deste. Neste caso, a Psicologia Comunitária com intervenção no CAPS e suas redes de apoio foram alvos das observações. Portanto, o objetivo central é apresentar o funcionamento da rede de serviços de saúde básica na sua prestação de apoio a saúde mental e a prática do psicólogo comunitário, tal como, suas necessidade e limitações perante seu campo de atuação.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³ Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

Também está prevista para apresentar através deste, o relato da prática da intervenção desenvolvida com base na disciplina de Estágio Básico II – Observação e Intervenção em saúde mental, diante a demanda observada nos grupos terapêuticos, realizados no CAPS II. As observações e a intervenção foram desenvolvidas no período de Março a Dezembro de 2016, os encontros eram com frequência quinzenal e com duração de em média uma hora.

4 ENTREVISTA COM PSICÓLOGO

Em entrevista semiestruturada com o psicólogo responsável pelo grupo que me recebeu como estagiária, foi possível compreender um olhar mais abrangente perante a prática da Psicologia em grupos de saúde mental inclusos na comunidade, assim como, compreender os caminhos seguidos por ele até chegar a essa prática.

Quando questionado sobre o seu ponto de vista diante "o que é a Psicologia Comunitária?", ele fala que, o fazer psicologia na comunidade é um modo de trabalhar diretamente as relações, sejam elas entre indivíduos, vizinhos, familiares, relação com o ambiente, bairro, serviços disponíveis, etc. Através da psicologia é possível aprimorar, trazer clareza, sustentabilidade, transformar sentimentos, ações, pensamentos a fim de obter como resultante uma melhor qualidade de vida.

O mesmo, fala ainda que se formou em 1984 em Psicologia, mas que antes de procurar pela Psicologia formou-se em Física. Mas, diante um olhar materialista proposto pela Física e sua curiosidade “pelo não material”, buscou outro olhar dentro da Psicologia. Diz ainda que tem influência da espiritualidade (segundo ele é praticante do budismo) por isso seus referenciais teóricos giram em torno da Psicologia Transpessoal, que traz abertura para a esse tema dentro da psicologia. Conta que tem especializações na área da psicologia oriental, clínica, organizacional e que tem formação em biodança.

Quando questionado sobre o seu ponto de vista, "quais as maiores limitações perante a prática da Psicologia na Comunidade?", ele fala que as condições de instabilidade política e a falta de um olhar mais abrangente da gestão que poupa esforços para apoiar esse tipo de serviço. O fato de a acomodação por parte do funcionalismo público em ser proativo causa um distanciamento entre a teoria e a prática do fazer psicologia. A troca de governo periodicamente (a cada quatro anos) causa estagnação dos projetos que normalmente são engavetados ou desconsiderados, o que limita a prática á apenas o que está ao alcance limitado do profissional de psicologia comunitária.

Quando questionado sobre sua prática e vida profissional, "ao olhar a sua trajetória até aqui, existe o sentimento de missão cumprida?", ele fala que ao olha “para trás” tem o sentimento que poderia ser melhor, porque ao seu ponto de vista as pessoas e as coisas sempre tem no que melhorar, por que as possibilidades existem. Mas, que dentro de seu caminho ele

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

tem o sentimento de que essa prática dentro do município depende dele, pois considera que ao se aposentar dificilmente serão seguidos estes grupos, que já estão a mais de 20 anos inseridos na comunidade com a prática da psicologia em grupos de saúde mental. Dentro de suas possibilidades procurou sempre ser referência em seu trabalho e que através de seus estagiários, considera que já instigou o desejo de dar continuidade a esse trabalho.

No final da entrevista diz que os alunos de Psicologia, em primeiro lugar, antes de se formar psicólogos, devem se desenvolver como seres humanos, desenvolver seus valores, disse que sabe que isso é uma eterna construção e desenvolvimento pessoal de cada indivíduo, mas que se deve ter foco nisso, pois somente as técnicas não constroem um profissional de Psicologia. O que vem ao encontro da célebre frase de C.G. Jung: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar em uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”.

Fala também que um psicólogo deve sempre estar aberto para aprender com o próximo, “não temos a posse de todo conhecimento ao recebermos um diploma” [sic]. Devemos aprender a entrar no universo das pessoas, conhecer as experiências das pessoas, pois são elas que constroem o indivíduo e através das relações podem nos construir também, as relações nos transformam.

Aconselha nunca deixar de estudar, de ler e se atualizar, o conhecimento muda, os saberes mudam, o que aprendemos hoje pode mudar durante o tempo, e devemos acompanhar essas mudanças. Fala sobre a diferença entre sabedoria e o conhecimento, o conhecimento se aprende através do que é ensinado e experimentado, mas a sabedoria é o discernimento em saber colocar em prática da forma certa, no momento adequado o que se sabe através do conhecimento.

Encerra-se a conversa com agradecimentos pela oportunidade de conhecer um pouco sobre sua prática, seus pontos de vista e que, sem dúvida, foi inspirador para a construção do meu conhecimento como acadêmica e amante da Psicologia.

A partir da entrevista realizada foi possível compreender de forma mais esclarecedora a prática do psicólogo frente sua atuação, tal como suas limitações políticas e de recursos disponíveis e a satisfações diante os resultados advindos de sua prática. O que vem ao encontro do que foi explanado bibliograficamente, neste trabalho, a respeito da prática psicológica na comunidade.

5 LOCAL DE ESTÁGIO

Com base na experiência oportunizada através da prática do Estágio Básico I e II – Observação e Intervenção em saúde mental, foi possível conhecer o trabalho do psicólogo

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

comunitário e a rede de serviços de saúde mental no município de Gravataí. Os grupos de Psicologia Comunitária neste município ocorrem através de um programa de matriciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF), desenvolvidos em sua prática por três psicólogos vinculados ao CAPS II. Ao todo, são 23 grupos distribuídos por todos os distritos do município e visando à promoção da saúde e à prevenção da doença no âmbito da saúde mental.

Os grupos comunitários ocorrem periodicamente, normalmente de uma a duas vezes por mês na maioria das unidades básicas de saúde. Alguns grupos contemplam mais de um bairro, seria como a junção de duas unidades próximas para a composição de um grupo, o que deve-se ao fato da pouca disponibilidade do município em obter mais profissionais de Psicologia para atender em menores espaços de tempo e a todas as UBS e ESF do município. Com isso junta-se os grupos de unidades vizinhas. Outro fator que influencia na junção de dois ou mais grupos vizinhos, é a falta de aderência e participação dos pacientes, o que repercute na formação de um grande grupo com maiores demandas.

Sendo assim, o profissional de psicologia responsável pela unidade de saúde segue um cronograma pré-definido e anual, visando atender as demandas de saúde mental diretamente na comunidade de forma aberta, ou seja, não é necessário encaminhamento, pois o acesso é livre. Normalmente, os pacientes conhecem os grupos através de convites de outros pacientes, ou através de indicações das próprias unidades e outros serviços de saúde como o próprio CAPS II.

As unidades de saúde primária (UBS e ESF) são sedes para a maioria dos grupos de saúde mental, porém existem algumas unidades que não existe espaço físico que comporte os grupos ou se existe estão em más condições. Com isso os grupos são realizados em espaços disponibilizados por associações de moradores, quilombo, associação de mulheres, CTG's, DTG's, e igrejas das mais diversas denominações de cada bairro. Até mesmo os CAPS são sede de espaço para grupos quinzenais.

O paciente não é fixo a um só grupo, ele tem autonomia para participar de quantos grupos julgar necessário e produtivo para sua demanda pessoal. Como existem grupos em diversos lugares em quase todos os dias da semana (exceto em sábados, domingos e feriados), o paciente pode ser itinerante, assim como o psicólogo e acompanhar os grupos em várias unidades diferentes. Os grupos normalmente já estão funcionando há alguns anos existem grupos de mais de vinte anos em funcionamento. Eles possuem nomes, sendo todos “batizados” pelos próprios participantes dos grupos.

As atividades realizadas nos grupos são variadas e estabelecidas pelo profissional de Psicologia juntamente com o grupo, algumas vezes são atividades integrativas como passeios pela própria cidade construindo autonomia e inserção do paciente nos mais diversos contextos da comunidade, como visitas a praças, rios, igrejas, deslocamento de ônibus (o que desenvolve o indivíduo no âmbito social, visto que determinadas psicopatologias como a depressão e fobias, por exemplo, causam isolamento social). Dentre as atividades integrativas

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandriale@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

a expedição ao morro do Itacolomi (na própria cidade de Gravataí) que ocorre todos os anos e junta pacientes de todos os grupos, para a subida dirigida pelo psicólogo, com paradas e atividades psicoterápicas em diversos pontos da subida, merece um destaque entre as atividades.

Algumas atividades integrativas também são para fora da cidade, como visita ao parque da harmonia, usina do gasômetro em Porto Alegre, visita a fábrica da Coca-Cola, Gramado e Canela, Nova Petrópolis, entre outras. Algumas vezes os recursos financeiros e alimentação são fornecidos por verbas da própria prefeitura de Gravataí, outras vezes, são organizadas com antecedências e pagas pelos próprios participantes, tais como aluguel de transporte, alimentação, ingressos, etc. Outras atividades integrativas são feitas nas unidades e/ou no CAPS II, como carreteiro da semana farroupilha, festa junina, chá do dia da mulher, e comemorações de ações de graças no fim do ano.

As rodas com base psicoterápicas de conversação dirigidas pelo psicólogo são também de grande valor para a comunidade, e são através delas que se é possível compreender de forma mais clara as reais demandas do grupo e trabalhar assuntos mais pontuais. Quando é identificado nos grupos, pacientes com demandas mais graves e que exijam mais atenção, o psicólogo em primeiro lugar busca recursos na unidade de saúde primária de referência àquele paciente, na tentativa de que se amplie o olhar perante as demandas do mesmo e se possível possam ser supridas na própria unidade. Caso ainda as demandas de saúde mental do paciente não sejam supridas pela saúde básica o mesmo é encaminhado para o serviço competente.

Existem três formas de encaminhamento para o serviço de saúde mental, a primeira corresponde a casos de urgência e emergência, onde o paciente apresenta riscos a ele e/ou a comunidade, familiares, colegas de trabalho; onde a unidade UBS ou ESF encaminha o paciente para atendimento no SUE 24 horas da cidade e se necessário o mesmo será dirigido a internações e posteriormente encaminhado para o CAPS via egresso. As UBS tem a possibilidade de abrir encaminhamento de referência e contra-referência para central de marcações, porém sabe-se que na realidade demora alguns meses até que o paciente seja acolhido no CAPS II devido a grande demanda.

As ESF tem a possibilidade de enviar o médico ou enfermeiro responsável pelo paciente para discutir os casos em reuniões de matriciamento, que ocorrem semanalmente no CAPS II, com uma médica psiquiatra, uma Enfermeira e uma psicóloga do CAPS II. Os casos são discutidos e se forem de demanda considerada grave egressão para tratamento ambulatorial e psicológico no CAPSII via acolhimento. Se a demanda for avaliada como sutil as mesmas aconselham a médica ou enfermeira da unidade a melhor maneira de manejar a saúde mental do paciente e o mesmo segue acompanhamento na própria unidade, que mensalmente trás informações na reunião de matriciamento para “consultoria” com a médica psiquiatra e a psicóloga responsável para ir adaptando o tratamento do paciente, tal como as medicações usadas.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

Por sua vez, os CAPS por conta da superlotação de ser serviço, conta com a rede de apoio formada entre o serviço especializado e as unidades de saúde primárias (UBS e ESF). Contudo, oferece acolhimento todos os dias da semana com técnicos de referência disponíveis para escuta primária e se necessário direcionamento do paciente a serviços que atenderam suas reais necessidade. Esses profissionais também podem entrar em contato com outros serviços e falar sobre o paciente, a fim de esclarecer eventuais dúvidas sobre o mesmo.

A equipe de matriciamento é ainda responsável por capacitações de temas impertinentes a saúde mental, é aberta para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde comunitária das UBS e ESF do município. Essas capacitações servem como espaço de aprendizagem e discussão de temas, a fim de que todos os profissionais da saúde conheçam os temas de saúde mental e que minimamente saibam manejar algumas situações.

O CAPS II de Gravataí, também disponibiliza de equipe de matriciamento e capacitação de saúde mental, porém na prática, a aderência e participação das unidades de saúde primária tem sido pouca, o que dificulta o trabalho e apoio na rede, resultando em encaminhamentos desnecessários e superlotação do serviço especializado, por conta da falta de comunicação entre a rede de saúde. Assim como prevê o Guia prático de matriciamento em Saúde mental (2011): “Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedido de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.”(p.13).

Sendo assim os serviços de saúde encaminham os pacientes de um lugar ao outro, como se estivessem repassando a responsabilidade, e a realidade resultante desses encaminhamentos são usuários do serviço sem saber o que fazer para ter o atendimento devido, o que pode resultar em um agravamento de sua situação psicológica como resultado de um serviço onde a comunicação é precária.

Ainda pude perceber a falta de alguns profissionais de extrema importância no CAPS II (como, por exemplo, uma terapeuta ocupacional, falta um médico psiquiatra no quadro da equipe, artesão para oficinas de artes, etc.) e o quanto isso é um fator estressor da equipe, que tenta suprir as demandas, mas que é insuficiente. A presença de um ambulatório psiquiátrico irregular, reforçada por uma estrutura biomédica, onde o tratamento especializado gira em torno de medicações, internações, laudos e consultas agendadas com espaçamentos de tempo relativamente grande entre uma consulta e outra (em média as consultas ocorrem de dois em dois meses, em alguns casos a cada três meses), destaca ainda mais a diferença do verdadeiro ideal de um serviço de saúde mental especializado.

O trabalho do psicólogo nos grupos de saúde mental apesar de ser vinculado ao CAPS II, funciona de forma paralela com esse serviço, pois os profissionais que executam esse tipo de trabalho estão diretamente na comunidade. Sempre que possível, o psicólogo responsável pelo

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

grupo conta com o apoio e participação de técnicos de enfermagem, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, etc. das unidades para a construção dos grupos, tal como, convidar os usuários a participarem, vincular na unidade de saúde daquele bairro em caso de necessidade, visitas domiciliares em alguns casos, e até mesmo a participação em alguns grupos.

Ao ter a oportunidade de visitar um desses grupos do município e conhecer um pouco de sua prática, é possível perceber a lacuna que existe entre a teoria e a prática, ao que diz respeito de rede de apoio à saúde mental e a prática de Psicologia Comunitária. Mas, também foi possível presenciar seu potencial, através das intervenções realizadas na comunidade, tal como, seus resultados positivos na constituição de um grupo integrado, que conhece seus potenciais e consegue enxergá-los acima das dificuldades individuais (no âmbito patológico) quanto sociais, e ser influentes no meio comunitário, superando suas limitações e as limitações do meio.

Sendo assim, o profissional da Psicologia Comunitária não só é promotor da resiliência da comunidade, como também supera as dificuldades e irregularidades do sistema, sendo capaz de cumprir seu real papel como psicólogo comunitário onde está inserido, independente da rede de apoio, apesar de que o bom funcionamento da rede seria uma grande vantagem e reforço positivo para seu trabalho. Essa possibilidade de adaptação diária ao serviço mostra a resiliência do profissional perante seu campo de ação e capacidade de manejar-se conforme o contexto sendo uma característica potencializadora e criativa para seus resultados finais.

6 DEMANDA OBSERVADA E INTERVENÇÃO

Com base nas observações diante a dois grupos de psicologia comunitária de bairros vizinhos da cidade de Gravataí, sendo um sediado pela própria UBS e o outro em uma Associação de amigos do bairro, foi possível compreender como demanda principal nas rodas de conversação com temas livres, que na maioria das vezes os pacientes dos grupos apresentavam queixas centradas em outras pessoas, como, por exemplo, familiares, cônjuges, filhos, chefes do local de trabalho, etc. Poucas vezes o tema central é a si próprias de forma específica. O que acaba afastando-os de um olhar para si mesmo e refletir sobre seus sentimentos pessoais.

Outro aspecto considerável é que os inícios dos grupos em sua maioria são bem agitados, com bastante conversa, isso justifica-se devido ao fato de o grupo se conhecer já a algum tempo e na maioria das vezes morarem nos mesmos bairros ou participarem dos mesmos grupos. O que desperta o desejo de querer conversar entre si, o que caracteriza diversas amizades pessoais construídas através dos encontros do grupo terapêutico.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandriale@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

O objetivo central da intervenção foi justamente trabalhar com a demanda observada, a fim de fazer com que cada um dos participantes do grupo tenha a possibilidade de olhar para si e também falar sobre si. Não que a possibilidade de olhar para o outro deva ser descartada e desconsiderada, mas abordar questões de autoconhecimento a fim de conhecer-se e saber como se dá à interação de si com o outro e compreender que as resultantes dessa interação têm tanta influência deles mesmo quanto do outro. Em outras palavras, tornar possível ver que o ambiente e os indivíduos deste em interação com o modo de ser deles geram um resultado, e que em caso de desconforto perante esses resultados a mudança não necessariamente e obrigatoriamente tenha que ser do outro, mas se nos conhecermos como indivíduo é possível mudar essa resultante através de nós mesmos.

De acordo com Silva & Marinho (1998), em Auto-estima e relações afetivas: “É importante lembrar que nas interações com o meio, uma pessoa também é “ambiente” para as outras, pois estímulos produzidos por ela vão afetar os outros indivíduos. Os comportamentos operantes modificam o ambiente e essas modificações levam, por sua vez, a modificações em comportamentos subsequentes, tanto do próprio emissor quanto de quem está a sua volta.”(p.234)

A intervenção com base na demanda observada, foi aplicada no dia 16 de novembro de 2016, às 15 horas. Neste dia o grupo contava com a presença de 17 participantes, em sua maioria mulheres, com idades variadas entre 19 e 60 anos. Somados a mim como estagiária e ao psicólogo responsável, totalizaram 19 pessoas no local.

O espaço físico foi sediado pela associação de moradores do bairro, que é um grande salão, que também serve como sede para eventos da comunidade, aulas de dança, teatro e lutas, reuniões dos moradores, etc.

Como proposta de intervenção, foi sugerido no momento inicial a formação de um círculo com os bancos e, a fim de, reduzir a agitação inicial do grupo, durante esse período foi sugerido uma boa postura, controle da respiração e dos pensamentos utilizando-me de técnicas propostas pelo “mindfulness” que propõe um estado de consciência com atenção plena no “aqui e agora” sem julgamentos ou críticas a respeito dos pensamentos que vem a consciência. Além disso, essa técnica visou proporcionar a cada indivíduo a enxergar seus próprios pensamentos e sentimentos, que muitas vezes passam despercebidos durante o dia a dia deste. Este período de silêncio também visou capacitá-los a manter uma escuta atenta e focada para compreender as instruções da dinâmica a ser proposta. Em seguida, foi apresentada a proposta e instruções da dinâmica, explicando como iria proceder a mesma.

Com alguns metros de afastamento de onde os pacientes estavam sentados, foi colocada uma pequena caixa de madeira com tampa e dentro dela um espelho proporcional ao seu tamanho, de tal forma, que quando aberta pudesse enxergar-se no espelho. Foi solicitado que em silêncio, um a um fosse até a caixa e visse o que tinha dentro da mesma, e por seguinte, voltasse em silêncio para seu lugar sem contar aos demais participantes o que viu (até segunda ordem), que apenas se permitissem pensar sobre o que viram.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

Por seguinte, ainda na roda já estabelecida no primeiro momento, foi proposta uma conversa com base no que eles viram na caixa, e qual o significado e características existem no que foi visto (no caso, suas próprias imagens). Proporcionando que eles refletissem em grupo sobre os contextos cotidianos de cada um, e o quanto cada um tem influência nesse meio, potencializando seus pontos positivos e trabalhando os negativos, a fim de que fosse possível que cada um compreendesse seus espaços e interação com as pessoas.

Conforme combinado anteriormente com o psicólogo responsável pelo grupo, no decorrer da conversa, ele foi fazendo pequenas contribuições conforme julgando necessário e, por fim, ele próprio assumiu e encerrou o grupo.

Com base no que foi possível observar no decorrer da intervenção, os pacientes demonstraram-se bastante emocionados perante a “surpresa” de verem suas imagens dentro da caixa. A maioria apresentou interesse em falar sobre si, fizeram reflexões bastante construtivas ao grupo. Como exemplo, que enxergavam possibilidades através daquela imagem (imagem deles próprios refletida no espelho) ou que viam um feedback de suas vidas passar diante aos olhos, etc.

Segundo Hayes (1987, citado em Silva & Marinho, 1998) “uma outra forma de mudar encobertos seria a estratégia chamada de separar o eu observador do eu como conteúdo. Se a pessoa se vê como eu observador de seus sentimentos e não como os seus próprios encobertos, ela poderá aceita-los melhor porque não precisa defender-se ou culpar-se por seus sentimentos. “Eles são meus, mas não são eu””. (P. 237)

As rodas de conversação com livre demanda a respeito dos temas abordados, sendo eles estipulados pelos integrantes do grupo terapêutico em conjunto com o Psicólogo, abordando temas relevantes a situações cotidianas dos usuários da rede, sendo assim, assuntos dos mais diversos surgem espontaneamente durante o grupo. Diante ao olhar proposto pela práxis do fazer psicológico na comunidade, deve-se ressaltar a dinâmica que ocorre diante estes grupos em funcionamento, onde um assunto é trazido e os próprios integrantes do grupo articulam recursos para suprimento deste assunto, em caso de problemas procuram em conjunto a resolução deste, e o psicólogo fica como norteador deste dialogo, apresentando possibilidades a serem discutidas. Caracterizando o funcionamento dos grupos que foram alvo das observações e intervenção proposta por este trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de uma rede de apoio constituída entre os serviços de saúde básica e os serviços especializados de saúde mental e a troca de conhecimentos e suporte, a Psicologia Comunitária encontra abertura para aplicar-se nos contextos sociais.

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

Possibilitando, a prevenção à doença e promoção de saúde na comunidade, o trabalho do psicólogo comunitário amplia o olhar da comunidade perante problemas e conflitos a serem solucionados, para que possam usar os recursos já disponíveis de uma forma mais aproveitável e ser capaz de influenciar de forma positiva o meio onde se constitui. Tudo isso se torna possível através da troca de saberes entre o grupo, sendo possível também, ampliar o olhar não somente perante a comunidade, mas compartilhar experiências e saberes que possam promover uma melhor qualidade de vida e a busca pela resolução de problemas pessoais dos indivíduos participantes.

A prática do psicólogo comunitário propicia um modo de fazer psicologia de forma mais abrangente para a população. Através dos relatos do profissional, foi possível identificar que o psicólogo precisa desenvolver e contar com sua expressividade, sensibilidade e criatividade para lidar com as demandas dos pacientes e das condições de trabalho na rede de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BECHELLI, Luiz Paulo; SANTOS, Manoel Antônio. O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 13, n. 1, p. 118-125. 2005.
- BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia cienc. prof., Brasília*, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- CAÇAPAVA, Juliana Reale; COIVERO, Luciana de Almeida. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre*. P.573-580. 2008.
- CHIAVERINI, Dulce Helena; et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF. Ministério da saúde. 2011.
- CRUZ, Lilian Rodrigues; et al. Breve história e alguns desafios da psicologia social e comunitária. p.77-95. Porto Alegre. 2010.
- FREITAS, Maria de Fatima Quintal. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Espírito Santo*. v. 11, n. 1, p. 175-189. 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF. 2004.
- SILVA, Antônio Isidro; MARINHO, Geison Isidro. Auto-estima e relações afetivas. São Paulo. 1998.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência de saúde coletiva*. Rio

¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br

de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 477-486. 2009.

ZANINI, Greice Pedroso. Matriciamento em saúde mental: A construção de um fazer. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.



¹Discente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oliveiraandrielle@hotmail.com.br

²Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alinepiason@cesuca.edu.br

³Docente, CESUCA, Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunaseibel@cesuca.edu.br