

Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde: Reflexões a Partir do Paradigma Sistêmico

Bruno Pinto Freire¹
Maria Lidiany Tributino de Sousa²
Melina de Andrade Aragão Freire³

Resumo

O cuidado às pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) vem se configurando como campo significativo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), fomentando práticas condizentes com esse contexto. Em Sobral/CE, esse processo vem sendo atravessado pela atuação dos Psicólogos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Essa pesquisa objetivou analisar, em diálogo com o Paradigma Sistêmico, as Relações de Cuidado às Pessoas com TMC na APS, a partir das perspectivas dos atuais psicólogos da RMSF e dos usuários que buscam este serviço apresentando sintomas ansiosos e depressivos. Para a coleta das informações foram realizadas entrevistas e grupo focal, com os discursos organizados em quatro núcleos de sentido. Evidenciou-se um campo de cuidado, concomitantemente, desgastado pelo modelo hegemônico de se trabalhar saúde e fértil para novas percepções e estratégias de atuações em Saúde Mental, com o Paradigma Sistêmico mostrando-se como concepção potente de superação do modelo biomédico.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns; atenção primária à saúde; paradigma sistêmico; cuidado em saúde.

¹ Psicólogo, Psicoterapeuta individual, de casal e família. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) / Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) em Sobral-CE; Especializando em Educação Inclusiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) em Fortaleza-CE. Psicólogo da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará (SEJUS).

² Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE em Fortaleza-CE, Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em Sobral-CE; especialista em Saúde Mental pela UECE em Fortaleza-CE; Especialista em caráter de Residência em Saúde da Família pela UVA / EFSFVS em Sobral-CE, Especialista do Curso de Preceptores do SUS-Sírio Libanês em Sobral-CE.

³ Psicóloga, Psicoterapeuta individual, de casais e famílias. Especialista em Educação para Preceptores do SUS pelo Hospital Sírio-Libanês, em Sobral-CE; Doula formada pelo Gama (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), em Fortaleza-CE.

Common Mental Disorders in Primary Health Care: Reflections from the Systemic Paradigm

Abstract

To take care of people with Common Mental Disorders (CMD) has been an important work field in Primary Health Care (PHC), encouraging practices according to this context. In Sobral, Ceará, this process has been crossed by the actions of Psychologists of the Multidisciplinary Residence in Family Health (MRFH). This research aimed to analyze the Care Relationships for people with CMD at the PHC according to the Systemic Paradigm using the perspectives of current psychologists from the MRFH and users who seek this service of PHC presenting symptoms of anxiety and depression. For the collection of information interviews and focus groups were done with the organized speeches into four units of meaning. It showed up a care field concomitantly worn by the hegemonic model of working with health and fertile for new perceptions and actions strategies in Mental Health, with the Systemic Paradigm as a powerful concept to overcome the biomedical model.

Keywords: *common mental disorder; primary health care; systemic paradigm; health care.*

Introdução

O SUS organiza-se em níveis de atenção à saúde, denominados Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde e Atenção Terciária à Saúde. Esse desenho organizativo ocorre conforme o Decreto 7.508/11, o qual determina à APS o formato de porta de entrada como “serviço de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS” (Art. 2, Inc. 3). Portanto, almeja-se que mais de 80% das problemáticas encontrem solução ou melhora na atenção básica, com acolhimento e organização do cuidado, assumindo “a estratégia de promoção de políticas públicas integradas nos âmbitos das ações intersetoriais de saúde e da promoção da saúde para a família e a comunidade que reside em um território definido” (Sousa, 2014, p. 49). Nesse sentido, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta principal com alcance nacional de trabalho na APS. A ESF fomenta um acolhimento respeitoso e resolutivo, a partir do encontro com trocas de realidades, saberes e afetos.

No contato com a APS, seja por vivência ou informações, percebe-se a relevante quantidade de pessoas que procura o serviço por adoecimentos ligados ao sofrimento psíquico. Comumente, seu acompanhamento é correlacionado à

figura do médico do Centro de Saúde da Família (CSF), possivelmente com tratamento medicamentoso, e do psicólogo, provavelmente através de atendimento clínico individual. Tais formatos de trabalho apresentam fragilidades na correlação com outras categorias profissionais e equipamentos que compõem a comunidade e a rede de saúde (Nepomuceno & Brandão, 2011).

A formação biomédica é o principal modelo a embasar as práticas em saúde no SUS. Geralmente, esse acompanhamento deixa de lado muitos aspectos da vida do sujeito, além de centralizar os cuidados em poucos profissionais (Ayres, 2009). A partir da abordagem psicológica e do paradigma sistêmicos (Nichols & Schwartz, 2007), observa-se que o atendimento especializado e não compartilhado torna-se insuficiente, pois não colabora para melhoras significativas e de longo prazo para o indivíduo, mostrando-se como ação paliativa e superficial. Em contrapartida, propostas interdisciplinares, escolhidas com a participação do paciente, apresentam-se como fortes instrumentos de cuidado.

A ESF objetiva o fortalecimento do indivíduo dentro da família e da comunidade, visando atuações que ultrapassem o sintoma ou a queixa principal da pessoa. Busca-se superar um paradigma cartesiano, biomédico e curativo, para o desenvolvimento de um campo complexo e de práticas interdisciplinares e integrativas (Osório, 2013). Em corroboração, o paradigma sistêmico visa compreender como as interações nas relações interpessoais estabelecidas dentro de um grupo fomentam as constituições subjetivas e comportamentais de cada sujeito implicado (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007), observa as comunicações e contextos disfuncionais que geram os adoecimentos, para então propor ideias junto ao grupo que possam potencializar seus componentes, trazendo-lhes um melhor nível de mobilização, diferenciação, resiliência e autossuporte.

De acordo com esse paradigma, não há um portador para a doença ou para o sintoma, mas relações comunicacionais patológicas, informações truncadas e disfuncionais que guiam e enrijecem as dinâmicas vivências. A perspectiva aqui adotada não compreende o paciente, sua família e a comunidade em separado, mas a comunidade e a família como os próprios pacientes, trazidos na experiência de cada indivíduo. O foco deixa de ser o sintoma para se diluir nas relações, movimentos que atravessam, legitimam e retroalimentam determinada configuração familiar e afetiva (Nichols & Schwartz, 2007).

Nesse sentido, o SUS pode ser considerado, para além de um sistema organizado de atenção à saúde, um projeto de sociedade. Movimentos nacionais e internacionais de garantias de direitos às populações mais vulneráveis vêm, através de décadas, lutando para transformar profundamente a maneira como as pessoas vivem, percebem umas às outras e à vida em comunidade. Entre esses

indivíduos, encontram-se aqueles que apresentam transtornos mentais comuns (TMC), adoecimentos de base ansiogênica e/ou depressiva que, em geral, são acompanhados na atenção primária (Cheniaux, 2013). A atuação da ESF frente a esses padecimentos sugere uma compreensão implicada e complexa desses fenômenos, colocando-os não como um fator isolado, mas como “efeito colateral” das estruturas relacionais que balizam a sociedade brasileira contemporânea.

Com isso, emergem questões centrais que mobilizam o pensamento e a escrita acerca do assunto, como: Quais as práticas de cuidado desenvolvidas junto à pessoa com TMC? Como esta percebe seu papel na relação de cuidado e em seu processo saúde/doença? Como ocorre a participação do psicólogo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no cuidado a essas pessoas? E, por fim, como o paradigma sistêmico pode contribuir para percepções e estratégias de trabalho mais coerentes com o SUS?

Essa pesquisa objetiva analisar, em diálogo como paradigma sistêmico, as relações de cuidado às pessoas que possuem TMC, como, por exemplo, Fobia Social, Depressão, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno Obsessivo Compulsivo (OMS, 1993), e que são acompanhadas na APS. Para tanto, almeja-se identificar as práticas de cuidado às pessoas com TMC e suas repercussões para estas; compreender o papel do profissional de psicologia da RMSF nesse contexto; e discutir como o paradigma sistêmico pode potencializar as relações de cuidado estabelecidas.

Método

O cenário da pesquisa foi o município de Sobral, situado ao noroeste do Estado do Ceará, com territorial de 2.122,89795 Km² e população em torno de 200.000 habitantes, sendo que 90% destes vivem na zona urbana e 10% na zona rural. A APS do município possui mais de 50 equipes de ESF, distribuídos em mais de 30 CSF (Sobral, 2013).

Os participantes caracterizam-se em dois blocos. No primeiro, concentram-se seis psicólogos residentes em saúde da família no município, sendo que quatro estão concluindo o primeiro ano da residência e dois terminando o programa em seu segundo ano. Ressalta-se que o sétimo psicólogo residente em exercício na APS é o próprio autor desta investigação, o qual também está encerrando o segundo ano do programa. Em outro conjunto, encontram-se os usuários do SUS colaboradores da pesquisa, todos indicados pelos psicólogos RMSF de seus próprios territórios de trabalho, respeitando os critérios de estarem em acompanhamento com estes há mais de quatro meses, por sinais relacionados

a TMC, e possuem pelo menos 18 anos completos. Embora não houvesse nenhum outro critério estabelecido para a escolha dos usuários do SUS, todos os indicados pertenciam ao gênero feminino e eram genitoras, residiam em áreas de maior vulnerabilidade social e demonstravam vínculo com o CSF.

Essa pesquisa caracteriza-se como descritivo-exploratória, na qual se aspira investigar, à luz do paradigma sistêmico, o fenômeno do cuidado no processo saúde/doença envolvendo pessoas com TMC, caracterizando-se como qualitativa de cunho social em saúde (Minayo, 2010). Assim, objetiva levantar questões e reflexões sem pretender ser acabada e universal como definidora da realidade, pois se origina a partir da experimentação singular humana, alcançando respostas que fazem referência a um momento, estando fadadas a transformações no decorrer da história.

Fomenta-se lidar com o sujeito pesquisado na perspectiva de Barrio, Corin, Poirel e Drolet (2007, p. 403), na qual se observa “a passagem da figura dos usuários dos serviços como ‘pacientes passivos’ do sistema de tratamento, ao usuário ativo, cidadão integral, denunciador de condições de exclusão social e reivindicador de serviços de qualidade”. Busca-se compreender, dentro do viés do paradigma sistêmico, como esses indivíduos estão sendo cuidados na APS de Sobral-CE, principalmente pelos psicólogos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Nota-se que o pensamento Sistêmico é mais do que uma teoria, apresentando “formas alternativas de tratar os objetos de investigação, a vida, o mundo, as práticas sociais e, sobretudo, as implicações do investigador com seu objeto de pesquisa” (Minayo, 2010, p. 132).

Como técnicas de coleta de informações, foram realizadas três entrevistas com usuários do SUS que apresentam sintomas relacionados a TMC. Também foi concretizado grupo focal com seis psicólogos que compõem a RMSF em Sobral. As entrevistas e o grupo focal foram gravadas em áudio, com o entendimento e autorização por escrito dos participantes, mediante Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Pós Informado. Ambos ocorreram com direcionamento de roteiro semiestruturado, com eixos básicos referentes à: práticas de cuidados às pessoas com TMC; Percepções de profissionais e usuários; possíveis relações do paradigma sistêmico na atuação dos profissionais de psicologia da RMSF.

Para indicar as falas dos psicólogos residentes estes foram renomeados para o termo *Psi*, seguidos por numeração de um (1) a seis (6). Já para apontar os discursos dos usuários do SUS com TMC foi utilizado a nomenclatura *Sujeito*, seguido de numeração de um (1) a três (3). A distribuição da numeração para psicólogos da RMSF e para os usuários entrevistados ocorreu de forma aleatória, não havendo correspondência entre ambos.

Após a produção de dados, iniciou-se a análise dos dados, a qual foi guiada pela Análise Temática. Nesta, observa-se “os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2010, p.316), ou seja, temas significativos que desponham nas falas dos profissionais e usuários do SUS serão agrupados em categorias de análise, para melhor compreensão e busca por responder aos objetivos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú (UVA), cumprindo as normas colocadas pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE (39227114.8.0000.5053).

Resultados e discussões

A partir dos discursos coletados, as informações foram distribuídas em núcleos de sentido, buscando analisar, em diálogo com o paradigma sistêmico, como ocorrem as práticas de cuidados às pessoas com TMC na APS. Para tanto, surgem, em sincronia aos depoimentos e aos objetivos dessa pesquisa, quatro núcleos de sentido: 1. Relações de cuidado e a demanda de pessoas com TMC na APS; 2. As práticas de cuidado às pessoas com TMC na APS; 3. As relações de cuidado e a Psicologia; 4. As Relações de cuidado e o paradigma sistêmico.

Embora separada em núcleos, essa análise temática é consolidada à luz do paradigma sistêmico, no qual se almeja o fenômeno em sua integralidade. O pensamento sistêmico é uma forma de raciocinar que considera múltiplos fatores em uma constante interrelação, no qual não se isola o indivíduo, pois entende a estrutura social como influenciador de suas vivências e experimentações (Nichols & Schwartz, 2007).

Trabalhar com pessoas que estão passando por adoecimentos ligados a sinais ansiosos e depressivos implica compreendê-las em suas experiências, não as tratando como a manifestação da doença, portanto, evitando o uso aleatório de diagnósticos. Almeja-se lidar com a semiologia dos processos saúde-doença e com a descrição das vivências pelos indivíduos e suas famílias (Cheniaux, 2013). Entende-se que, dessa forma, contextualiza-se e presentifica-se os sintomas nas experiências de cada usuário do SUS que entra em contato com o profissional, considerando seu ambiente comunitário e familiar.

Relações de cuidado e a demanda de pessoas com TMC na APS

Durante a pesquisa, pôde-se perceber o quão significativa é a demanda de pessoas com TMC para os CSF e mais diretamente para os profissionais de psicologia da RMSF. Três entre os seis psicólogos que fizeram parte desse trabalho destacaram esse público como a principal demanda de serviço na APS, correlacionando ainda os sintomas ansiosos e depressivos dos usuários com histórias de vidas marcadas por conflitos familiares.

Identificou-se, através do perfil de usuários entrevistados e dos depoimentos dos psicólogos da RMSF, que a maioria das pessoas que procuram os serviços junto a ESF com sinais de TMC são mulheres entre 40 e 60 anos de idade, as quais residem com familiares e são separadas conjugalmente, que trabalham em casa e também geram renda familiar, possuindo religião de base cristã. A escolaridade mostrou-se como fator pouco influenciador desta caracterização.

Luto por morte e conflitos familiares foram apontados como fortes indicadores para o adoecimento ligado a TMC, como referiu o usuário entrevistado: “Tive assim uma infância... uma infância não feliz, assim, de vendo papai todo dia batendo na minha mãe, na cara da minha mãe eu vendo. Os meus irmãos... papai batia nos meus irmãos e sangrava os meus irmãos, aí a minha infância toda foi assim.... Minha criação que não foi legal, eu lembro do papai toda hora matando a minha mãe, depois dos 40 vem” [sic] (*Sujeito 3*, fevereiro de 2015).

Assim, decorrendo de muito sofrimento e da dificuldade de superação dessas vivências, os usuários começam a apresentar sintomas característicos dos TMC, com forte dificuldade de aceitação do padecimento, gerando consequências graves em suas vidas: “Tinha dias que eu chorava muito, assim uma tristeza muito grande, e aí todo mundo dizia: olha enquanto você não admitir que tem depressão, você nunca vai encontrar solução. Tem que admitir pra você ir em busca de, de resolver seu problema. Então, foi aonde eu vi que só comigo eu não ia resolver” [sic] (*Sujeito 1*, fevereiro de 2015).

A dificuldade de aceitação do adoecimento é uma das principais barreiras e desafios que se mostram no estabelecimento das relações de cuidado. Nesse sentido, abrir-se para a possibilidade sistêmica de se trabalhar interdisciplinarmente e em rede pode ajudar bastante para que o usuário consiga perceber sua atual condição de vida, procurando auxílio e iniciando o acompanhamento (Osório, 2013), como demonstrado na fala do *Psi 4*: “Tem uma estratégia também, que tem tido um grande potencial na minha experiência, é identificar dentro do centro de saúde quem ela tem vínculo ... eu tenho tido boas experiências de eles terem vínculo com algum profissional, e ter contribuído também, no auxílio

do acompanhamento e até da aceitação desse acompanhamento” [sic] (janeiro de 2015).

Dessa forma, os sintomas que envolvem os TMC comprometem tanto o corpo do indivíduo como seu papel social, pois a pessoa passa a apresentar muitas dificuldades de relacionamento e de construção de perspectivas, gerando interrupções no fluxo de sua vida. Tais questões demandam dos profissionais cuidado e sensibilidade na escuta, pois, muitas vezes, os discursos repetitivos e camuflados de sentido obstruem o vínculo entre profissional e usuário, refletindo na dificuldade de adesão deste último às propostas lançadas pelo trabalhador de saúde (Merhy, Feuerwerker & Cerqueira, 2010). Compreende-se que ao estar disponível para realmente ouvir e lidar com a pessoa em sua conjuntura familiar e social, ao mesmo tempo que atento aos recursos disponíveis na rede de saúde e na comunidade, o profissional poderá pactuar caminhos ainda não imaginados e discutidos, que podem ser determinantes para mudanças positivas em um contexto antes travado e pouco potente. Ressalta-se, com isso, a necessidade do serviço da APS sair dos muros do CSF e poder ir até o cerne do território, adentrando com afeto e respeito à vida dos usuários do SUS, possibilitando a construção de vínculos e parcerias em saúde, como destacado pelo seguinte usuário: “Tava totalmente dolorido, o corpo todo, não podia nem andar. Não tinha força, não tinha... de muita dor. Aí eu pensei que era coluna, quando eu fui para doutora ‘Médica do CSF’. Ela já sabia, desde o começo que... ela acompanhou a ‘Filha’ também né, ela sabia de tudo, ela também sabia que sempre o ‘ACS’ tava aqui. Me orientando, sempre né... eu chorava junto com ele” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

Em consequência de um serviço bem feito, com atenção compartilhada e olhar ampliado para o sujeito, levando em consideração seu meio social e familiar, os próprios usuários conseguem ter a percepção de suas melhoras. Portanto, o sistema composto por profissionais, pacientes e familiares entra em uma nova ordenação, gerando apoio mútuo como ferramenta de promoção a saúde (Asen, Tomson, Young & Tomson, 2012), destacando-se os vínculos transversais como vetores de qualidade de vida, estimulando autonomia, autocuidado e protagonismo social, como sinalizado na seguinte fala: “Rapaz, antes de iniciar essas atividades é o seguinte, eu não tava muito bem não, eu chorava muito, só que eu ainda choro... Mas melhorou muito a minha autoestima, demais, e eu me sinto aqui é como se diz, eu me sinto aqui assim tão segura, eu acho tão bom vim pra cá, olha eu faço de tudo pra mim não faltar” [sic] (*Sujeito 3*, fevereiro de 2015).

Assim, todo o percurso que a pessoa passa no CSF precisa ser estimulante e cuidadoso para que as relações se desdobrem com potência. Posturas acolhedoras e resolutivas fazem toda a diferença no acompanhamento em saúde

do indivíduo, o qual se baseará principalmente no vínculo estabelecido entre usuário do SUS e profissionais do CSF (Ayres, 2009). Emerge, dessa forma, a percepção de que o trabalho com pessoas que apresentam TMC não passa apenas pelos médicos e psicólogos, mas com possibilidades de outras categorias se aproximarem e trabalharem em conjunto, corroborando com a ideia de construção intersubjetiva do saber e das práticas em saúde, princípio basal da abordagem sistêmica e da APS (Asen, et. al. 2012). Nesse contexto, outros atores despontam como figuras significativas na organização e no estabelecimento das relações de cuidado, tanto no elo direto entre serviço e comunidade, bem como protagonistas longitudinais desse processo. “O agente de saúde. Um amor de pessoa, nasceu para ser profissional de saúde. Ele é muito humano. Ai ele vinha me acompanhando... ele me aconselhava a ir para o grupo de ginástica, mas eu nunca quis, que eu era muito trancada né.... Aí a doutora ‘Médica do CSF’ tinha sempre ideia, ela sempre mandava ele vir aqui pra poder me ver, se tava, se queria o tratamento” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

Por fim, mostrou-se bastante relevante a percepção dos usuários acerca do que é ter saúde, ou seja, de seus próprios processos saúde/doença, nos quais destacaram o aprendizado e o convívio menos desgastante com os sintomas de TMC como referências de melhoras em sua vida, afastando a ideia de que somente a cura irá proporcionar bem estar: “É como eu lhe disse, eu acho assim, Graças a Deus eu ‘tô’ me sentindo bem melhor, graças a Deus. Mas tem dias que eu ainda sinto, né? A tristeza, a vontade de chorar, mas não é constante como era antigamente” [sic] (*Sujeito 1*, fevereiro de 2015).

As práticas de cuidados às pessoas com TMC na APS

Percebeu-se, durante a pesquisa, que ao procurar o CSF com sintomas de TMC, os usuários tenderam a receber estratégias padrões no tratamento a esses adoecimentos. O atendimento médico com seguimento farmacológico e o acompanhamento psicológico apresentaram-se como estratégias consolidadas junto às pessoas com TMC.

De forma complementar, emergiram nos discursos também estratégias e ações intersetoriais como ferramentas potentes e diretas no cuidado aos usuários com TMC, com destaque para grupos de práticas corporais e de convivência, visitas domiciliares, interconsultas e compartilhamentos dos casos realizados de forma interdisciplinar. Como colocado a seguir: “Acho que encaminhamentos para grupo, também. Também é uma estratégia de cuidado para as pessoas, seria um dos recursos, grupo de... grupo de práticas. Dependendo do território,

grupo de mulheres, dependendo também do transtorno, massoterapia, se o CSF tem esse recurso” [sic] (*Psi 5*, janeiro de 2015).

Ao realizar cuidados longitudinais e acolhedores, fomentando a corresponsabilidade e o protagonismo do usuário, colabora-se não apenas para a melhora no quadro saúde/doença, mas se instiga que a pessoa amplie seu campo de percepção, vendo-se de outra forma e com outras possibilidades. Nesse sentido, “trabalhar sistemicamente é como ter uma série de lentes que você pode colocar na sua câmera e alterar a perspectiva do problema visto” (Asen et. al., 2012, p. 14), desenvolvendo estratégias de cuidado que estimulam autonomia, criatividade e mobilização, como observado: “Assim, é reciprocidade. Eles me ensinam como é que eu devo agir, assim, eles me dão direcionamento, e eu tenho, como todo, minha força de voltar a vida, assim, né, de, de retribuir, que é pro meu próprio bem. Por exemplo, na ginástica, eu faço de tudo pra mim tá ali, que eu tenho que fazer eu faço, eu sinto prazer... Eu precisava de uma pessoa que cuidasse de mim. Mas eu to conseguindo, eu mesma ir fazer, tô conseguindo mesmo cuidar de mim” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

Contudo, ainda vivenciamos muitas fragilidades no serviço oriundas de nossa base biomédica como modelo de atenção à saúde (Ayres, 2009). Uma delas se remete à dificuldade no cuidado interdisciplinar e equitativo às pessoas, gerando práticas massificantes e individualistas que pouco entram em contato com a realidade de cada usuário do sistema, deixando por vezes de compreender os motivos e os aspectos de suas vivências, os quais interferem diretamente na condução de seus processos saúde/doença, como coloca o *Sujeito 1*: “No início era pra ser ‘mêi’ comprimido, aí quando fosse passando o tempo ele disse que ia mudando. E aí um dia eu tava muito angustiada, aí tomei dois, por minha conta, aí eu apaguei... Eu perguntei pro agente de saúde que remédio era aquele, porque o médico só passou o remédio, mandou eu tomar, e eu perguntei quanto tempo eu ia tomar esse remédio. Ele disse, ‘depende muito, 6 meses, 1 ano’. Aí eu fiquei curiosa, ele não disse nem pra que era, ai eu perguntei pro agente de saúde, ai ele disse ‘é antidepressivo.’ Aí eu, quer dizer que eu tenho depressão?” [sic] (*Sujeito 1*, fevereiro de 2015).

Como propostas que objetivam ultrapassar na assistência as dificuldades apresentadas acima estão a escuta atenta e afetiva, os compartilhamentos de casos e o cuidado longitudinal que se aproximem da vida do indivíduo. Observa-se a importância de se trabalhar com o sujeito na perspectiva do cuidado integral e equitativo, ofertando escuta e direcionamentos condizentes com sua singularidade e possibilidades de vida, utilizando de práticas integrativas e complementares como tratamentos condizentes com a disposição do usuário.

Percebe-se, seguindo a lógica da complexidade das pessoas e das realidades, que os profissionais e moradores da comunidade tem cada vez mais saído de espaços tradicionais em suas práticas, para atuar em formatos de cuidados coletivos e interdisciplinares, como denotam os *Psi 4*, *Psi 2* e *Psi 6*, ao colocarem como facilitadores de grupos fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, agentes comunitários de saúde e líderes comunitários., e o *Sujeito 2*, ao relatar sua experiência nos acompanhamentos que passou: “Ginástica, a doutora passou a ginástica pra mim. Passou que, fazer massagem, a massoterapia. Fazer massagem, aí fiquei, tô bem melhor. Mas a ginástica eu continuo fazendo, eu faço lá no posto e aqui. Ai isso melhorou muito, eu era muito trancada.... Depois que eu comecei a fazer a ginástica, comecei a conversar, que a doutora, né, os psicólogos conversavam comigo. Não tinha como a gente... me abraçar, eu ‘valha’, essa menina tão bonita me abraçando, essa pessoa tão bonita me abraçando [risos]. Aí eu fiquei né, comecei a voltar, a vivê” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

As relações de cuidado e a psicologia

A psicologia somente foi oficializada como profissão no Brasil em 1962, através da Lei Federal nº 4.119, e regulamentada com o Decreto nº 53.464/64, no ano de 1964 (Dimenstein, 1998). Estruturou-se, assim, dentro de uma perspectiva elitista, que se orientava pela dicotomia corpo-mente, seguindo claramente padrões da medicina tradicional, esquecendo-se de levar em consideração dimensões contextuais, como lugar, história, cultura e tempo, contribuindo por longo período para a manutenção do paradigma biomédico (Yamamoto, 2003). Portanto, a trajetória de consolidação da Psicologia contribui para que ainda hoje, mesmo com todas as reformas curriculares, saia-se da Academia despreparado para adentrar no SUS, pois a formação do Psicólogo centra-se, em geral, na prática clínica, privada e de longa duração (Nepomuceno & Brandão, 2011).

Foi consenso entre os profissionais de psicologia da RMSF que atendimento e visita domiciliar são os principais formatos de trabalhos que exercem, denotando a influência do papel clássico do psicólogo, no qual se espera o serviço da clínica tradicional. Observa-se, com isso, que um grande desafio se estabelece para o psicólogo dentro da Saúde Pública, pois precisa ser ator de uma transformação social para qual não foi preparado. Isso exige que ao estar na APS o profissional de psicologia busque sua qualificação em uma relação dialógica entre teoria e prática, visando à superação do modelo hegemônico no qual se formou e que encontra no campo atualmente.

Contudo, engana-se pensar que o formato define o conteúdo do processo, pois embora, em geral, a Psicologia trabalhe em uma perspectiva de base clínica, esta se transforma na prática da APS, ganhando caráter de clínica ampliada (BRASIL, 2010), na qual a inserção do psicólogo nos espaços de cuidado consolida o serviço compartilhado e os vínculos transversais, através de práticas integrativas, complementares e intersetoriais, como colocam profissional e usuário do SUS: “De alguma maneira a gente trabalha onde as pessoas vivem, moram, se relacionam, adoecem, e aí o fato de a gente conhecer um pouco desse dinamismo, desse ambiente familiar.... Acaba que construindo muito isso com o usuário, nesse espaço que vai se aproximando, vai tá gerando um processo de cuidado hoje, né? Não dependente vai ser algo imposto por a gente, vai ser algo construído junto com o usuário” [sic] (*Psi 3*, janeiro de 2015). “Mas o ‘Psicólogo’ sempre me aconselha, né? Entrar no grupo de idosos, qualquer coisa, fazer qualquer caminhada, ele sempre me aconselha, só que eu não me acho com coragem, eu não tenho coragem.... Fazia com ele, aí ele me encaminhou pro SPA, vou todas às quartas-feiras, é uma vez por semana” [sic] (*Sujeito 1*, fevereiro de 2015).

Nesse construir da prática psicológica na APS, lidando em específico com pessoas que apresentam sintomas de TMC, a ideia clássica de psicoterapia, que valoriza o distanciamento e a hierarquia entre profissional e usuário, com posturas duras e diretivas, praticamente sem contato humano, já não contempla mais as necessidades dos profissionais e muito menos dos usuários. O fazer do psicólogo, com base na comunidade e no trabalho interdisciplinar, solicita uma reformulação drástica na ideia de atenção ao sujeito, passando a valorizar as múltiplas e possíveis estratégias de cuidado, para então ser coerente com um indivíduo integral, com raízes sociais, comunitárias e familiares, que influenciam diretamente em sua vida e em seu processo saúde-doença (Osório, 2013). Nesse contexto, o afeto emerge como significante na criação de saúde (Hellinger, Weber & Beaumont, 2006), como afirma o *Sujeito 2*: “Eu acho assim, os quatro que eu passei, né, os quatro psicólogos, a doutora, o doutor, todos são pessoas ótimas, sabe assim, faz a pessoa, eu me senti gente. Que eu achava assim, eu era, tudo assim, tudo eu achava lá em baixo, eu sou egoísta, eu sou gorda, eu sou feia, sou velha, sou num sei o quê. E eles sempre levantavam minha... um abraço que eles me davam, ai meu Deus, um abraço, como é que pode, eu, uma mulher, bicha veia, gorda, feia, então assim, matei filha e uma pessoa me abraçar? E eles me abraçavam” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

No mesmo compasso que ocorre uma transformação na perspectiva da clínica psicológica, atenta-se para o quanto os profissionais de psicologia da RMSF estão atuando em outros espaços, ampliando ações, aprendizagens e campos

de trabalho. Três dos seis profissionais entrevistados afirmaram facilitar, em conjunto com outras categorias, grupos de práticas corporais, e outros dois então em grupos de convivência. Assim, o psicólogo desenvolve-se enquanto profissional que ajuda a criar tecnologias de cuidado, realizando-o de forma compartilhada, buscando entender o sentido dos adoecimentos para a equipe e para a comunidade.

Contudo, foi sinalizada, de forma unânime, a dificuldade de atuação clínica compartilhada com profissionais da ESF, sejam elas ações de acolhimento, interconsulta em programas de saúde ou, principalmente, ações de matriciamento e de educação permanente em saúde mental, denunciando aspectos oriundos de um sistema especializado e segmentado (Asen, et. al. 2012), como exposto: “É, os pré-matricamento e matriciamentos também nos territórios, tá bem fragilizado, nesse contexto, os esvaziamentos desses espaços, os profissionais da equipe mínima e a equipe de apoio também.... O pessoal reconhece como algo potente, mas a dinâmica do serviço, algumas enfermeiras até falam né, é... tem que trocar o pneu com o carro andando!” [sic] (*Psi 3*, janeiro de 2015).

Em contrapartida, almejando receber bem as pessoas no SUS, a ESF fomenta um acolhimento respeitoso e resolutivo, a partir do encontro com trocas de realidades, saberes e afetos. O percurso que a pessoa atravessa no CSF precisa ser estimulante e cuidadoso por parte de todos os funcionários, do porteiro à gerente. Essas posturas fazem toda a diferença no acompanhamento em saúde do indivíduo, o qual se baseará principalmente no vínculo estabelecido entre usuário do SUS e profissionais do CSF (Merhy et. al., 2010).

Os psicólogos da RMSF na APS apontam para a rede de saúde como estratégia de cuidado, corroborando com a ideia da clínica ampliada, na qual um sujeito integral pede por um serviço equitativo (Nepomuceno & Brandão, 2011), construindo cuidado comunitário e desenvolvendo novas possibilidades de vida, como elucida o *Psi 4*: “O grupo de caminhada, ver o grupo crescer.... Ver ele se fortalecer, e ver justamente isso, os relatos, as angústias, as dificuldades dentro de casa, e não precisava a gente parar, caminhando. A gente caminhando e elas falando, o tempo todo, e todo dia, porque é dois dias na semana, todo dia alguém ficava do lado e vai conversando” [sic] (*Psi 4*, janeiro de 2015).

Portanto, o próprio SUS e, mais especificadamente, a RMSF despertam nas falas dos psicólogos da RMSF como norteadores práticos e teóricos de seus fazeres na APS, reformulando a ideia clássica acerca da atuação da categoria profissional. Nesse caminho, práxis interdisciplinares e formatos em rede apresentam-se como características desse novo *Psicólogo* (Dimenstein, 1998), corroborando com o relato: “estando na atenção básica a gente percebe que tem

demanda de tudo, tem criança, idoso, então são várias coisas acontecendo ao mesmo tempo. Essa dimensão que 'Psicóloga' traz, de você tá, é... vivenciando outros olhares de profissionais, isso mexe com a gente também, mexe pra gente pensar de outra maneira, por mais que já tenha uma abordagem, começa a mexer, então tem um, desencargos de possibilidades. Tem algo que é construído atualmente" [sic] (*Psi 3*, janeiro de 2015).

Assim, a figura do Psicólogo, como de outras categorias profissionais, ganha importância junto a ESF, como colocam Nepomuceno e Brandão (2011), ao discutirem as novas políticas ligadas à saúde que fortalecem o cuidado integral ao usuário do SUS, ressaltando a própria criação das RMSF (BRASIL, 2006) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Entende-se que isso não ocorre por acaso, sendo apenas desdobramentos de nossa Reforma Sanitária e da própria consolidação do SUS, campo de múltiplos contextos, generalista e comunitário, que solicita um profissional implicado, aberto, empático e ético.

As relações de cuidado e o paradigma sistêmico

O pensamento sistêmico pondera múltiplos fatores, não isolando o indivíduo, pois sempre se considera a estrutura social na qual este está inserido. O olhar vai além das relações familiares, abarcando comunidade e sociedade. Contudo, a família é, em geral, o espaço no qual o indivíduo passa grande parte do seu tempo e estabelece suas relações mais estreitas. Portanto, a ESF propõe uma atuação que lida com as manifestações individuais e, ao mesmo tempo, que trabalhe com a família, clareando as comunicações e mediando os conflitos, potencializam a superação de amarras de uma logística familiar adoecida e limitante. A visão é dialógica, buscando o olhar ampliado e singular concomitantemente:

Os terapeutas familiares nos dizem que a família é mais que uma coleção de indivíduos separados: é um sistema, um todo orgânico cujas partes funcionam de uma maneira que transcende suas características separadas. Todavia, mesmo como membros de sistemas familiares, não deixamos de ser indivíduos, com corações mentes e desejos próprios. Embora seja possível compreender uma pessoa sem levar em conta seu contexto social, especialmente à família, é enganador limitar o foco a superficialidade das interações, ao comportamento social separado da experiência interna (Nichols & Schwartz, 2007, p. 26).

Entende-se que os TMC influenciam o contexto de vida na qual o sujeito encontra-se, principalmente o familiar. Os sintomas ganham papéis e estruturam as relações estabelecidas, tornando-se aspecto importante no acompanhamento dos usuários do SUS (Osório, 2013).

Nesse processo de cuidado integral e equitativo, o olhar baseado no paradigma sistêmico pode contribuir significativamente para um cuidado em saúde mais abrangente e completo, com a compreensão do sintoma como denunciador de um mal-estar familiar (Nichols & Schwartz, 2007), como apontam psicólogo e usuário do SUS: “A abordagem familiar, né, com esse termo, é, às vezes você sente a necessidade, de se aproximar para entender. Mesmo porque você não, não adianta, né, o indivíduo não é só o indivíduo” [sic] (*Psi 4*, janeiro de 2015); “Não, ele entende, ele entende muito bem, meu marido entende super bem, sabe por que? Porque ele me trata muito bem, mas assim o meu filho também me trata, agora acontece que meu filho, eu acho assim, que eu sem eu querer acho que eu passei um pouco de ansiedade pra ele” [sic] (*Sujeito 3*, fevereiro de 2015).

Lidar com a pessoa desconsiderando seu contexto familiar e social é ficar restrito às aparências dos sintomas, não colaborando para a real resolução das dificuldades, pois não busca a origem e a estrutura das problemáticas. Como coloca Asen, et. al., (2012, p.39), “a família afeta a saúde da pessoa, que, por sua vez, afeta a saúde da família”.

Assim, para os psicólogos entrevistados, a RMSF é um campo de ampliação complexo, envolvendo o diálogo entre as abordagens psicológicas e as práticas e demandas encontradas nos CSF, podendo se desdobrar desses encontros múltiplas formas de cuidado em saúde.

Corroborando com muito do que baseia a ideologia do SUS e seus princípios, bem como a reformulação do psicólogo na APS, o paradigma sistêmico aparece como estratégia, compreensão e ferramenta na superação do fazer biomédico (Osório, 2013), promovendo saúde para profissionais e usuários, como afirmado: “Abordagem nenhuma dá conta, até porque elas não foram feitas para o que a gente vivencia. Elas foram feitas para outro estilo de acompanhamento. Então, elas precisam dialogar com o que a gente tem de realidade hoje. A psicologia é pra quem?” [sic] (*Psi 4*, janeiro de 2015).

Dessa forma, observa-se grande possibilidade de atravessamento entre o paradigma e a abordagem psicológica sistêmica com o SUS e o serviço na APS, pois compreendem o ser humano de como integral e em formação sociocultural, orientando atuações em conformidade com esse entendimento do sujeito. Assim, os resultados da pesquisa apontam práticas interdisciplinares e criativas, com posturas afetivas e longitudinais, como caminhos potentes para lidar profissionalmente com pessoas que apresentam sintomas de TMC e que são acompanhadas nos CSF de Sobral/CE, desenvolvendo não apenas atendimentos que buscam trabalhar com as dificuldades já instaladas, mas também na promoção

de vivências que gerem resiliência, vínculos comunitários, autonomia e bem estar, estimulando o que a saúde e as potencias de cada pessoa.

Conclusão

Trabalhar com pessoas que estão passando por adoecimentos relacionados à TMC mostra-se como desafio emergente, visto a crescente demanda que vem se apresentando na APS. Em consequência, novos arranjos e estratégias desenvolvem-se a partir de reflexões e diálogos que colocam como necessário a superação de práticas prescritivas e individualistas, através de formatos interdisciplinares e grupais, que almejam o vínculo e o afeto como ferramentas de melhora da saúde.

Para tanto, não basta estar em equipe, é necessário ter disponibilidade, diálogo e respeito para a construção intersubjetiva de práxis equitativas. Nesse sentido, o Paradigma Sistêmico possibilita leituras e conexões de conhecimentos científicos e populares que podem efetivar tais mudanças. Olhar para o usuário do SUS como sujeito integral, atravessado por seu ambiente familiar e social, solicita atuações que visem o cuidado compartilhado e corresponsabilizado, com estímulo à autonomia e ao protagonismo social, estabelecendo relações de cuidado potentes para o desenvolvimento humano.

Os psicólogos da RMSF apresentaram discernimento e preocupação quanto às estratégias clássicas de assistência às pessoas com demandas de TMC que ocorrem na APS. Paralelamente, demonstraram ações de cuidado acolhedoras e resolutivas, promovendo mudanças efetivas no planejamento, na organização e nas estratégias de atendimentos a essas pessoas, com serviços interprofissionais e longitudinais sendo tecidos de formas inéditas.

Os usuários que realizam tratamento por TMC na APS puderam contribuir significativamente para a compreensão das relações de cuidado em saúde mental, apontando o vínculo afetivo estabelecido com os profissionais como potente ferramenta de adesão ao tratamento e de progressos em seus processos saúde/doença.

Atravessando todo esse contexto, o paradigma sistêmico e a abordagem psicológica sistêmica mostraram-se como campos de conhecimento pouco reconhecidos pelos psicólogos da RMSF, porém sendo entendidos como saberes emergentes condizentes com as realidades encontradas na APS, principalmente com pessoas que passam por TMC.

O percurso na saúde pública, dentro do contexto da saúde mental, mostra fragilidades e descompassos no cuidado às pessoas e aos próprios profissionais, fomentando distanciamento interpessoal e posturas prescritivas em uma relação construída a base de hierarquia e valorização da doença. Nesse senti-

do, é necessária a conscientização do caminho e das estruturas históricas que influenciam diretamente os atuais contextos de trabalho com pessoas que apresentam TMC, para então, a partir de uma apropriação cuidadosa dos papéis e das práticas de saúde, propor transformações profundas e soluções bem estruturadas, que levem em consideração a complexa rede de vivências que permeia a comunidade e a APS.

Esse estudo possibilitou encontros de perspectivas e estratégias em saúde, promovendo reflexões a partir das falas de profissionais e usuários do serviço, compreende-os como integrantes e protagonistas de um sistema que suscita a abertura para o afeto e o vínculo como vetores de desenvolvimento humano, fomentando a construção de novas práticas em saúde, como elucidado: “É o amor meu filho. Olha que o amor cura” [sic] (*Sujeito 2*, fevereiro de 2015).

Referências

- Asen, E., Tomson, D., Young V., & Tomson, P. (2012). *10 minutos para a família: Intervenções sistêmicas em atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS/ABRASCO.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios* (Série B. Textos Básicos de Saúde) (pp. 414). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Núcleos de apoio à saúde da família*. Retirado em 18/08/2014 do http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010) *Caderno de atenção básica, nº 27 - diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Barrio, L. R. del, Corin, E., Poirel, M. L. & Drolet, M. (2007). Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais: negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In M. L. M. Bosi, & F. J. Mercado-Martinez (Orgs.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Cheniaux, E. (2013). *Manual de psicopatologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O Psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação. *Estudos em Psicologia*, 3(1). Retirado em 10/02/2015. <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>

- Hellinger, B., Weber, G. & Beaumont, H. (2006). *A simetria oculta do amor: Por que o amor faz os relacionamentos darem certo* (6ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M. & Cerqueira, M. P. (2010). Da repetição à diferença: Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In T. B. Franco & V. C. Ramos. (Orgs.), *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª Ed.). São Paulo: Hucitec.
- Nepomuceno, L. B., & Brandão, I. R. (2011). Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (4), 762-777.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrição clínica e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. (2013). *Como trabalhar com sistemas humanos: Grupos, casais e famílias, empresas*. Porto Alegre: Artmed.
- Sobral. (2013). Retirado em: 30/08/2014 http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/saude/index.php/atencao-primaria/quem-somos
- Sousa, F. M. A. (2014). Reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In M. F. Sousa, M. S. Fanco, & A. V. M. Mendonça, (Orgs.), *Saúde da família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora.
- Yamamoto, O. H. (2003). A questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In A. Bock (Org.), *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. (2007). *A pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.

Endereço para correspondência

brunopfreire@hotmail.com

Enviado em: 08/11/2015

1ª. Revisão em: 23/11/2015

Aceito em: 04/04/2016