

Integrality in a mental health group work

| A integralidade no trabalho em grupo em saúde mental

ABSTRACT | Introduction: *This article describes the admission experience of patients with symptoms of psychosocial disorders. Objective: Demonstrate the strategies used to build spaces for changes in approaches and practices associated with mental health. Methods: The study was undertaken between 2013 and 2014. Weekly meetings with the participants and their families were organized to discuss the mental health of the patients and the implications for family and social life. The meetings were held on Thursdays, interspersing exposition and dialogue, and each participant and their family members were encouraged to describe their experiences, express the concerns and voice their feelings and opinions. Results: The group was directed by a Social Worker and a psychologist, with the collaboration of a psychiatrist when the topic dealt with the use of drugs. Daily field records were registered throughout the meetings, and the status and data of each participant were collected: users of The Brazilian National Health System, family members of the users, and the technical team. Conclusion: The main role of the group work was to strengthen the links between all participants, which would in turn contribute to the treatment of the mental disorders. Re-signifying the value of life, the identity and the diversity of the participants may contribute to empower the patients and reinforce the importance of strong family and community ties*

Keywords | *Mental Health; Health Integrality; Admission; SUS; Psychosocial disorders; Personal Autonomy.*

RESUMO | Introdução: A fim de relatar a experiência e vivência da acolhida em saúde mental, o presente artigo sintetiza o trabalho realizado em um município do Espírito Santo, Brasil, durante o período de 2013 a 2014. **Objetivo:** Demonstrar a construção de um espaço potencializador para mudanças de práticas e abordagens em saúde mental. **Métodos:** Foram realizados encontros semanais com pacientes e seus familiares, abordando a temática da saúde mental e seus desdobramentos. Tais reuniões ocorriam às quintas-feiras, de forma expositiva e dialogada, estimulando a participação de cada usuário e familiar acerca da sua inquietação, relato de vivência e/ou contribuição sobre o assunto exposto naquele instante. **Resultados:** O grupo era conduzido pela Assistente Social e pelo Psicólogo rotineiramente na temática voltada para discussão do uso mínimo da medicação, em especial, contou com a presença do médico Psiquiatra. Foram utilizados registros em diário de campo em todos os encontros, onde eram relatadas as observações e colocações de cada participante: usuários do Sistema Único de Saúde, familiares dos usuários e equipe técnica. **Conclusão:** O trabalho de grupo aqui relatado tem como foco a aproximação com os usuários e o surgimento de vínculos que favoreçam e beneficie o tratamento em saúde mental, enaltecendo a valorização da vida, respeito à multiplicidade, a convivência comunitária e o empoderamento do sujeito e dos laços comunitários, visto que atua no território de uma Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave | Saúde Mental; Integralidade em Saúde; Acolhimento; SUS; Psicossocial; Autonomia Pessoal.

¹Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio/ES, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Vitória/ES, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O movimento da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)², que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelece um novo processo de trabalho, consolidando uma verdadeira ruptura com a lógica de atendimento e abordagem manicomial. Apresenta novas possibilidades de pensar e lidar com o adoecimento mental, amplia a participação dos usuários e seus familiares, que estão diretamente envolvidos com questões relacionadas à saúde mental no Brasil. Essa participação movimenta o indivíduo, retirando-o da situação de inércia e da condição de objeto de trabalho somente, e o impulsiona como agente transformador da sua realidade. A partir da Reforma psiquiátrica, a segregação e a institucionalização pretendem ser extintas dando espaço a uma proposta terapêutica e humanizada, baseada na valorização da vida e dos direitos.

Essa nova perspectiva adota como norteador o modelo psicossocial, com intervenções que favoreçam transformações significativas na vida das pessoas, por meio do fortalecimento de suas habilidades e diminuição de suas deficiências³. Portanto, o trabalho em saúde mental passa a adotar um cuidado que prioriza a autonomia do indivíduo.

Nessa concepção, a conquista da autonomia propõe a superação das relações autoritárias e paternalistas no processo saúde-doença por meio do fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e familiares⁴, que, dessa forma, tendem a contribuir para a formação de redes de autonomia, fundamentais para o cuidado e promoção da saúde.

As ações norteadas pela idealização antimanicomial preveem o rompimento com o caráter disciplinador, estigmatizante e punitivo que direcionava o tratamento em saúde mental na época. Os trilhos da nova forma de atendimento baseada na Reforma Psiquiátrica evidenciam a valorização da vida em sua pluralidade, reconhecimento da singularidade, respeito pelas diferenças, incentivo à autonomia e cidadania, inclusão social, resgate do coletivo e a valorização da ação no espaço público⁵.

As ações pautadas na lógica da Reforma Psiquiátrica têm como base intervenções sobre o sujeito e sua rede solidária de apoio e não apenas no indivíduo como exclusividade da atuação do profissional, que deve envolver e compreender sua condição no universo.

Após a evolução das políticas de saúde pública, o tema voltado para o acolhimento ganhou visibilidade e se tornou ponto de debate. É fundamental que o profissional de saúde compreenda que acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir⁶. O acolhimento expressa uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão⁷.

O acolhimento implica postura profissional diante da vivência do outro, reformula seu posicionamento e atuação diante da adversidade exposta pelo sujeito. A conduta em abordar o caso propiciará o surgimento de vínculos e aproximação⁷, expondo que a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

Uma postura acolhedora valoriza a abertura do usuário, ao sentir-se de forma confortável e amistosa ao diálogo, essa conduta aproxima e humaniza o cuidado e estabelece conexão entre os envolvidos.

A fim de relatar a experiência e vivência da acolhida em saúde mental, o presente artigo sintetiza o trabalho realizado em um município do Espírito Santo, Brasil, durante o período de 2013 a 2014, demonstrando a construção de um espaço potencializador para mudanças de práticas e abordagens em saúde mental.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Este artigo revela a vivência dos profissionais que trabalham no Programa de Saúde Mental em um bairro de um município do Espírito Santo, Brasil, que realizavam encontros semanais com pacientes e seus familiares, abordando a temática da saúde mental e seus desdobramentos. Tais reuniões ocorriam às quintas-feiras, de forma expositiva e dialogada estimulando a participação de cada usuário e familiar acerca da sua inquietação, relato de vivência e/ou contribuição sobre o assunto exposto naquele instante. O grupo era conduzido pela Assistente Social e pelo Psicólogo rotineiramente e na temática voltada para discussão do uso mínimo da medicação, em especial, contou com a presença do médico Psiquiatra.

Alguns dos principais temas abordados foram a medicalização, o movimento da luta antimanicomial,

estigmas e exclusão que permeiam a rotina da pessoa com sofrimento mental, acesso ao tratamento em saúde mental, entre outros. Os temas amplamente discutidos ora eram expostos pela equipe, ora pelos pacientes e/ou familiares. Havia pouca utilização de materiais audiovisuais em virtude da ausência de recursos disponibilizados pela prefeitura.

Os encontros eram abertos, de livre demanda e participação. Alguns integrantes eram convidados a participar dos grupos pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe de Estratégia de Saúde da Família, a fim de, esclarecer dúvidas acerca do tratamento de saúde, de fortalecer sua rede social de apoio e promover a convivência comunitária. Esses mecanismos eram utilizados como alternativa de enfrentamento ao isolamento social e a pouca visibilidade vivenciados por muitos pacientes.

A cada quinta-feira os dados e assuntos discutidos e compartilhados eram registrados em diário de campo e também no prontuário único de saúde de cada paciente presente. Nos prontuários eram armazenadas principalmente as informações voltadas para a participação de maior relevância, aspectos e pontos de evolução percebidos e analisados no decorrer dos encontros. Todo encontro buscava ressaltar questões e indagações pertinentes ao cotidiano dos participantes (familiares e usuários). A cada reunião, novos participantes se aproximavam e outros deixavam de frequentar.

DISCUSSÃO |

Cada participante relata suas vivências, inquietações e motivações de acordo com a proposta do encontro. O foco principal dos grupos era proporcionar a aproximação da equipe técnica aos usuários do serviço de saúde mental e seus familiares, bem como esclarecer os serviços de saúde voltados à pessoa com sofrimento mental. Pode-se perceber claramente que o ambiente amistoso e acolhedor fez com que todos os participantes se sentissem confortáveis em comparecer e expor suas questões para todo o grupo, o que favoreceu atingir a meta de aproximação. Do início ao fim, todos os encontros mantiveram basicamente o número de participantes, cerca de 18.

Nos relatos colhidos em cada encontro e sintetizados por meio do Diário de Campo, destaca-se o incômodo generalizado acerca dos conceitos historicamente

produzidos voltados às pessoas em sofrimento mental, que envolvem situações de estigma, menos valia, apontamentos e rebaixamento. Todas as intervenções nesse sentido tinham como norte a promoção da cidadania, o fortalecimento dos direitos e ênfase na autonomia e emancipação. Uma das intervenções técnicas fez menção a Foucault⁸, ao estabelecer que a loucura só existe em uma sociedade, ou seja, é preciso a convivência coletiva para que haja classificações e rótulos, assim como o estabelecimento de padrões ditos normais, onde há a exaltação da razão. Refletindo acerca da construção histórico-cultural de situações sofridas pelos pacientes, foi evidenciado o ideal de racionalidade e os desvios desse ideal, vistos como ameaça à razão.

A temática que envolve a medicalização também foi amplamente discutida, muitos participantes reforçaram vislumbrar o uso da medicação como único e isolado caminho para promoção da saúde e qualidade de vida dos enfermos mentais. As abordagens da equipe técnica, nesse sentido, eram voltadas para a perspectiva do uso mínimo da medicação e corretamente de acordo com a prescrição médica. Assim como alternativas aliadas ao tratamento farmacológico que contribuem para o empoderamento e enfrentamento da realidade de cada paciente. Tais alternativas indicadas incluem a interação social, a confrontação de estigmas e exclusão, prática regular de atividades e exercícios físicos, fortalecimento e empenho para retomada e busca de desejos adormecidos. A exclusão do louco/doente mental se perpetuou no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos, retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o da vida em sociedade⁹. A família, em muitos casos, faz parte deste processo de exclusão. Muitas vezes por medo, desconhecimento, ou simplesmente pelo estigma de ter em seu convívio familiar um indivíduo visto pela sociedade como alguém sem capacidades⁹. Nossa proposta de intervenção é exatamente a ruptura com essa realidade e esse olhar da sociedade em relação à pessoa com algum transtorno mental.

A precarização dos serviços de saúde e os tratamentos substitutivos aos manicômios foram discutidos. Os pacientes e seus familiares relataram sofrimentos com tratamentos desumanos e cruéis praticados em um passado recente pela política de saúde adotada na época. Ressaltaram os avanços adquiridos, os direitos conquistados com prazer e emoção e reconhece o tratamento humanizado, atendimento

acolhedor e escuta técnica capacitada. Neste sentido que Saraceno³ propõe que o cuidado em Saúde Mental seja orientado por um modelo complexo de intervenção, com enfoque no fortalecimento da autonomia e na produção de resultados significativos para a vida das pessoas. Mesmo ressaltando diversos pontos positivos no atendimento público, os pacientes ratificaram que esses pontos não são unânimes em todos os serviços públicos de saúde.

A participação familiar na vida, rotina e tratamento também foi ponto de pauta trazido pelos integrantes, uns ressaltam como ponto de apoio e rede solidária de sustentação, outros revelam ser motivo de desequilíbrio e conflito. Os familiares são essenciais no processo de tratamento, no entanto necessitam saber como lidar com as situações adversas, evitando comentários críticos ao paciente ou se tornando exageradamente superprotetores, dois fatores que reconhecidamente provocam recaídas¹⁰. Diante das queixas e relatos de satisfação, foram lançadas reflexões e propostas de ações que favoreçam e beneficiem o convívio familiar, bem como a evolução no tratamento de cada paciente. Cuidar representa muito mais que um ato ou atitude¹¹. A própria essência humana se encontra no cuidado, sendo a base que sustenta a existência humana. Portanto, é característica singular do ser humano colocar o cuidado em tudo que projeta e faz.

Os grupos, de forma geral, extrapolaram as expectativas profissionais de forma muito positiva. Evidentemente, as limitações surgiram. Muitos pacientes e familiares exigiam respostas prontas para suas inquietações e, nesse momento, as orientações profissionais dispensadas pareciam ser insuficientes diante do imediatismo esperado. Outro ponto de possível melhoria para os grupos futuros é cativar a participação e adesão do público masculino. Em todos os encontros houve a predominância feminina. Destacamos a aproximação dos pacientes uns com os outros, fortalecida encontro a encontro, motivando a presença nos grupos, cobrando para que não houvesse falta, encorajando uns aos outros nas ações propostas e nas atividades realizadas.

Foram evidenciados os temas de maior destaque por serem estes os mais recorrentes durante os encontros, pois os participantes apresentaram alto índice de inquietação e desejo de compartilhar, uns com os outros, essas temáticas durante os encontros. Como estratégia de aproximação, o primeiro aspecto a ser considerado pela equipe responsável pelo cuidado foi estabelecer um ambiente favorável à quebra de preconceitos, sugerindo construção coletiva de

ações e práticas em saúde, principalmente na erradicação do atendimento manicomial.

O envolvimento de pacientes e de familiares implicados na organização dos encontros fez com que os seus sintomas depressivos e a dependência medicamentosa fossem claramente diminuídos. Alguns passaram a falar mais alto e serem mais participativos; outros, a disputar e exigir seu momento de fala e participação. O autocuidado e a vaidade também se tornaram mais presentes na vida de algumas participantes, que passaram a se produzir e maquiarse para os encontros na Unidade Básica de Saúde.

Por meio dessas mudanças de rotina e alterações comportamentais, pode-se perceber que os encontros suscitaram transformações na vida dos atores envolvidos, pelo fato de garantir um espaço de valorização da vida, dos desejos, das experiências e também por acolher os anseios e angústias.

Verificou-se um aprendizado acerca da saúde mental e uso correto da medicação. A prática de atividade física também foi percebida como fator empoderador e mediador da convivência comunitária. À medida que aumentava o número de encontros, alguns pacientes já se sentiam tão empoderados a ponto de recomendar e instruir aos demais. Ouvimos um deles dizer ao outro: “ - olha, essa sua insônia e a ansiedade durante o dia pode diminuir bastante se você caminhar. Eu melhorei?”. Foi fantástico e gratificante perceber o nível de esclarecimento e capacitação promovido por meio desse trabalho em grupo. Surgiram verdadeiras redes de solidariedade antes inexistentes; redes que, além de produzirem o cuidado à saúde, serviram de suporte emocional, ultrapassando o espaço dos encontros.

Acredita-se que os resultados obtidos por meio dos encontros, a aproximação entre profissionais de saúde e paciente, bem como com seus familiares, deu-se em virtude do estabelecimento de uma relação horizontal e de validação de saber e poder, legitimando o espaço como acolhedor, sem rotular ou estigmatizar os sujeitos envolvidos, proporcionando um ambiente agradável ao ganho de conhecimento e propício para compartilhar saberes.

Verificou-se que, mesmo de forma micro, as intervenções realizadas nos grupos puderam produzir mudanças significativas na vida das pessoas assistidas, na gestão do cuidado, no compromisso com o tratamento, na convivência

comunitária, no zelo e respeito ao próximo, entre outros ganhos. Consideramos ainda a necessidade de, no futuro, aprofundarmos-nos no que se refere ao acolhimento e ao trabalho em grupo voltado para saúde mental.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 set 1990.
2. Brasil. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União; 09 abr 2001.
3. Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.
4. Ferreira MSC, Pereira MAO, Pereira Junior A. Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental. Rev Simbio-Logias [Internet]. 2013 [acesso em 18 ago 2016]; 6(8):41-52. Disponível em: URL: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/auto_organizacao_autonomia_cuidado_saude.pdf>.
5. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso em 19 ago 2016]; 17(2):243-50. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>.
6. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Foucault M. Ditos e escritos: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
9. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. Psico-USF [Internet]. 2008 [acesso em 16 ago 2016]; 13(1):115-24. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>>.
10. Vieira RQ, Silva LX. A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos. UNIICA [Internet]. 2016 [acesso em 17 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/>>.
11. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Correspondência para/Reprint request to:

Thiago Nascimento do Prado

Av. Marechal Campos, 1468, Departamento de Enfermagem,

Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo

CEP: 29041-295

Tel. (27) 3335 7285

Data de submissão: 02/01/2017

Data de aceite: 09/02/2017