

## Relato de Caso

## Projeto Famílias Unidas: atendimento psicoterapêutico à população em situação de risco social

Case Report

*Project United Families: psychotherapeutic care offered to a social risk population*Leila Márcia Souza Oliveira\*  
Josenaide Engracia Santos\*\*

## Resumo

Este relato tem o objetivo de promover reflexão sobre atendimento psicológico em uma comunidade em situação de risco social. O atendimento foi realizado em instituição filantrópica, no município de Simões Filho (BA), através do Projeto Famílias Unidas da Associação Obras Sociais da Paróquia de São Miguel, no período compreendido entre julho de 2005 e julho de 2006. O atendimento aconteceu em encontros semanais onde foram abordadas a auto-estima e a possibilidade de reinserção social do sujeito, o que possibilitou mudança na sua realidade de vida e um posicionamento direcionado à cidadania. O trabalho realizado, nos moldes da “Clínica Ampliada”, traz-nos uma nova forma de lidar com a pobreza, na tentativa de ajudar a minimizá-la, na revitalização do desejo do sujeito em uma clínica extraconsultório, utilizando as instituições informais da comunidade, pois as mesmas representam recursos potenciais, capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar.

## Abstract

*The aim of this report is encouraging reflection about psychotherapeutic care delivered to a community at social risk. During the period July 2005-July 2006 counseling sessions were held at a philanthropic institution, the Association for Social Works of the St. Michael's Parish in the city of Simões Filho (Bahia, Brazil). The initiative was part of the Project United Families, implemented by the before mentioned association. Issues such as self-esteem and the possibility of social reinclusion were discussed in weekly meetings to enable the individuals introduce changes into their reality of life and help them adopt an attitude towards good citizenship. This work was conducted following the concepts of "Extended General Practice" which provides us with a new way of dealing with and trying to minimize poverty and of revitalizing the individual's desire outside the doctor's office, at informal community-based institutions that represent potential resources capable of producing sense, contractibility and wellbeing.*

**Palavras-chave:** Clínica Ampliada; Atendimento Psicológico; Cidadania.

**Key Words:** *Extended General Practice; Psychological assistance; Good Citizenship.*

\* Psicóloga, Especialista em Saúde Mental, Professora da Residência Multiprofissional em Saúde / Núcleo de Saúde Mental Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

\*\* Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde / Núcleo de Saúde Mental Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

## Introdução

O Projeto Famílias Unidas é uma estratégia de atenção ao sujeito em situação de risco social, desenvolvida pela Associação Obras Sociais da Paróquia de São Miguel, Instituição que tem como objetivo o apoio à população economicamente menos favorecida.

O Projeto Famílias Unidas, desenvolvido no Centro de Referência Familiar (CERFAM), em Simões Filho (BA), assistiu a 150 famílias em parceria com outras instituições não-governamentais e com o próprio Município, para a realização de seus objetivos nos campos da educação, da formação profissional, da saúde, do bem-estar e da segurança social, através de projetos sociais, instrumentos que buscam produzir impactos na realidade da comunidade e auxilia na construção/reconstrução de condições dignas de sobrevivência e de auto-estima.

O quadro de profissionais do Projeto Famílias Unidas trabalhou interdisciplinarmente e foi composto por médico, psicólogo, assistente social, pedagogo, enfermeiro, nutricionista, educador físico, grupo de voluntários e apoio administrativo. O trabalho do psicólogo, em especial, consistia na consultoria institucional e no atendimento clínico de sujeitos da terceira idade, adultos e crianças, pertencentes ao grupo familiar do Projeto, parentes dos voluntários ou à comunidade em geral.

Este relato de experiência propõe-se a uma reflexão acerca do atendimento psicológico a esta população e o impacto do mesmo nestes sujeitos, considerando o contexto em que estavam inseridos.

## Apresentação

O Projeto Famílias Unidas foi operacionalizado na cidade de Simões Filho, situada na região metropolitana de Salvador, com população de 105 mil habitantes.

A realidade da comunidade, que mora em Simões Filho, neste caso, especificamente, a do Projeto Famílias Unidas, tem sido marcada pelas relações injustas de poder e pela má distribuição de renda imposta às camadas populares, gerando sérias conseqüências sociais tais como desemprego ou emprego informal, baixa ou nenhuma

instrução formal, marginalidade, abandono das famílias por parte dos homens e mulheres assumindo o papel de chefes de família.

A mera luta pela sobrevivência dessa comunidade, sem perspectivas de projeto de uma vida digna, leva a uma acentuada falta de habilidade de lidar com as questões e com os conflitos surgidos no cotidiano. Os indivíduos dessa comunidade tornam-se impossibilitados de ler e de interpretar, não só as palavras, mas a própria realidade, fato que compromete potencialmente a capacidade de tornarem-se cidadãos ativos e transformadores de suas próprias vidas. Tudo isso, somado à realidade do desemprego; da miséria; da falta de moradia adequada; da educação e saúde; da exposição à violência. São fatores que os impedem de construir positivamente suas identidades em função da enorme escassez de recursos concretos e simbólicos. É nesse universo que o Projeto Famílias Unidas chega para o atendimento psicológico no CERFAM.

Os dados aqui relatados dizem respeito ao acompanhamento no período compreendido entre julho de 2005 e julho de 2006, sendo o primeiro atendimento voltado para Clínica de Recepção. Esta pode ser definida como um lugar de passagem, preliminar a um outro atendimento, sendo, ao mesmo tempo o tratamento. O ato de recepção é clínico e terapêutico, porque o que acontece neste lugar de passagem pode ser decisivo para os passos seguintes<sup>1</sup>. Tem característica interdisciplinar, não dependendo da especialidade do profissional, pois todos estavam aptos a fazê-la, desde que, com responsabilidade, resultando em encaminhamentos. Os direcionados ao setor de psicologia eram atendidos, geralmente, uma vez por semana, segundo normas previamente estabelecidas entre o psicólogo e a pessoa a ser atendida, como condições viáveis para o funcionamento dos trabalhos.

As técnicas utilizadas no atendimento visavam assistir a saúde integral do sujeito e necessitavam de articulações com os diversos setores.

A atenção ao sujeito em situação de risco social depende das instituições formais e informais da comunidade, pois as mesmas representam recursos potenciais de serviços

da paróquia ao sindicato; das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas; dos cidadãos e da rede de lugares, haja vista que os recursos e as oportunidades são infinitos, da mesma forma que as articulações individuais são necessárias ao bem-estar do sujeito<sup>2</sup>.

Uma das primeiras estratégias do Projeto Famílias Unidas foi a de que não é possível garantir direitos de forma efetiva e sustentável sem alterar o cenário de desigualdade social. O pressuposto é que a sobrevivência digna é elemento básico, a partir do qual serão construídos todos os outros, inclusive, da escuta terapêutica.

A questão da dificuldade de sobrevivência foi minimizada, quando o Projeto, em parceria com outros setores da sociedade, concretizou ações, como cursos profissionalizantes, projeto de geração de renda, projeto da casa própria, viabilização de documentação, dentre outras. Cessada ou minimizada as questões básicas de sobrevivência, geradoras da demanda inicial, havia de prosseguir-se na escuta do sujeito, cujo direcionamento terapêutico visava a recuperação da auto-estima, para que emergisse o sujeito social e uma postura cidadã.

Ao iniciar o atendimento psicológico, no CERFAM, se deu uma demanda intensa de proporções pouco antes conhecida: escutar o sofrimento de quem convive e/ou conviveu com as necessidades básicas de sobrevivência. Escuta crua e carente de significações, onde a questão essencial acerca da vida perpassava pela (in)diferença social e pelo posicionamento do sujeito diante de si e do outro.

Identificou-se, mesmo reconhecendo que cada sujeito carrega em si a peculiaridade de ser único, um traço comum aos sujeitos acolhidos: o fato de que a experiência da fome e da desigualdade social parece retirá-los da condição de uma vivência com dignidade. A aceitação de condições subumanas de vida e de degradação humana era um posicionamento presente, como se estivessem torpes. É possível se escutar a fome?<sup>3</sup> Esse era um questionamento constante após os atendimentos. Há de, certamente, sanar ou minimizar as necessidades básicas de vida de uma pessoa para que surja outra angústia que o situe como sujeito de sua própria história. Você tem fome de quê? Se for de comida,

dar-se-á a comida. Se for de satisfazer os seus desejos e de aprender a conviver com as suas angústias, dar-se-á a escuta terapêutica.

Então, o que se encontra é um indivíduo com fome em busca de acolhimento\* social e escuta terapêutica. Todos os serviços públicos de saúde devem estar abertos, para que as demandas do usuário possam ser acolhidas, e assim também deve ser qualquer instituição que se propõe a cuidar do social<sup>4</sup>.

Contávamo-nos, portanto, com uma forma de trabalho, cujo modelo de atendimento à saúde aproximava bastante com a Clínica Ampliada que, para Cunha<sup>5</sup> é “justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possa ser compreendido pelo profissional de saúde”.

## Discussão

Se não se pode escutar a fome, pode-se trabalhar para saná-la e escutar o sujeito. O sujeito que advém da fome é um sujeito com sua auto-estima comprometida, daí a necessidade de o mesmo ser re-significado, pois, segundo Coopersmith (1967), “Uma pessoa com auto-estima alta mantém uma imagem constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa. Estas pessoas com auto-estima alta também têm maior probabilidade para assumir papéis ativos em grupos sociais e efetivamente expressam as suas visões. Menos preocupados por medos e ambivalências, aparentemente se orientam mais diretivamente e realisticamente às suas metas pessoais”<sup>6</sup>. Isto é necessário para que seja possível reconhecer-se como sujeito e exercer o seu direito a cidadania.

Desta forma, o atendimento psicológico deu sustentação a estes sujeitos. A inserção no mercado de trabalho, a melhoria da condição de vida e a reconstrução da vida social contavam com o apoio de uma equipe interdisciplinar e o desejo de mudança do sujeito, a partir da apreensão do seu lugar na existência.

O trabalho realizado pelo CERFAM parece trazer nova forma de lidar com a pobreza. A tentativa é de ajudar

a expurgá-la, num trabalho de revitalização do desejo do sujeito, em clínica extraconsultório. Utilizam-se as instituições informais da comunidade, porque estas representam recursos potenciais capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar, e considera sobremaneira a cultura local, histórica e social do sujeito<sup>2</sup>. Só um sujeito situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômico poderá transformar, desejar e ousar a mudança, sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo, isto é, comprometer-se ser um ser da práxis<sup>7</sup>.

Em uma sociedade desigual, cujas ações voltadas para o social são parcas, tivemos grande dificuldade de trabalhar em uma estrutura de rede de atendimento. O profissional teve que ser imbuído de um desejo profundo de mudar a situação. O psicólogo que trabalha no CERFAM pode ser considerado como um “operador”, isto é, pessoa capaz de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida<sup>7</sup>. O “operador” psicólogo no caso, sob essa perspectiva, volta-se para a qualidade do cuidado, a qual pressupõe acolhida e na responsabilidade pela atenção integral da saúde coletiva e individual, e para a criação de estratégias de modificação da realidade da comunidade do Projeto Famílias Unidas.

Segundo Guerra (2001), Freud já anunciava, nos idos de 1919, que haveria “um tempo em que a psicanálise aplicada a grandes parcelas da população pelo Estado traria modificações em sua prática”<sup>8</sup>. É na previsão sábia deste autor que partimos para a prática psicoterápica mais voltada para o social.

### Consideração Finais

Poder contribuir com a re-significação do sujeito em um ambiente hostil (IDH de 0,660)<sup>9</sup> de muita fome e desigualdade social, foi uma experiência desafiadora. Mesmo com o suporte da Clínica Ampliada, os saberes acerca deste assunto estão muito aquém das necessidades e demandas destes sujeitos.

O CERFAM, por buscar (intencionar) um trabalho direcionado para a rede de assistência, não só se coloca como

uma das referências deste trabalho, como é agente questionador da necessidade de uma rede de serviço de Saúde Pública para atender a demanda do sujeito.

O assistencialismo é sempre uma política de exclusão que retroalimenta a miséria. Aprendemos que o trabalho de reposicionamento do sujeito é justamente o único caminho encontrado para retirá-lo da situação de receptor das “caritas” e ser um agente social<sup>10</sup>.

Por vezes, até que o movimento do sujeito se possa fazer, a caridade e o assistencialismo são praticados. A diferença está no limite e no propósito da ação: alimentar e dar segurança ao sujeito para que ele possa se ver como tal, deixando de ser um bicho vagante para ser um agente social atuante.

É preciso mostrar que o início da construção de um sujeito cidadão é a casa, a história e o nome resgatados pela escuta terapêutica e, também, e não menos importantes, as ações de afirmações sociais como possuir o registro de nascimento, a carteira de identidade ou o CPF.

Num país carente da Atenção Básica, o lugar do psicólogo é o espaço da escuta da dor de quem vive na labuta da vida e na iminência da morte, como sina, como sombra, como desafio; a morte do sujeito afogado pela indiferença social e pelas condições desumanas de vida.

Não é à toa que verificamos, em atendimento clínico, tantas psicopatologias. São nas depressões, nas psicoses, nas epilepsias com comorbidades psiquiátricas, nas tentativas de suicídio, nas fobias e na drogadicção, que aparece a face do problema, não apenas do indivíduo, mas a de uma sociedade adoecida.

Então, é preciso agir para mudar e construir a rede de atendimento e acreditar que o humano em nós é soberano, seja pela resiliência, seja pelo reposicionamento diante dos outros e do Outro. Assim, é esse termo Lacaniano, Outro, representante da linguagem e da cultura, que nos espreita e demanda respostas<sup>11</sup>.

### Referências

1. Tenório, F. CADERNOS IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

v. 6, n. 17. Págs. 79 a 91.

2.Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

3.Sawaya, A L et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres

brasileiros. Estudos Avançados, São Paulo: May/Aug 2003. v. 17, n. 48, maio/ago.

4.BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização do sistema de saúde mental: uma experiência do Qualis2. Revista Promoção da Saúde. Ano 2, n. 3, p. 446, ago. 2000.

5.Cunha, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. pág.12

6.Coopersmith, S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman, 1967. págs 4 e 5

7.Dimenstein, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicologia em Estudo. Maringá: jul/dez 2001. Vol 6 , nº 2, pág. 57 a 63 Psicol. estud. Maringá: July/Dec. 2001. v. 6, n. 2.

8.Guerra, A. M. C. A Psicanálise no campo da Saúde Mental infanto-juvenil. Revista Psychê. V.9 no 15. São Paulo, jun 2005.

9.Katherine, F. Distribuição de renda na RMS é a 2ª pior do mundo. Jornal A Tarde. Salvador – Ba. 28/12/07, págs. 4 e 5.

10.Ramminger, T. Psicologia comunitária x assistencialismo: possibilidades e limites. Ciência e profissão, Brasília: 2001. v. 21, n. 1, mar.

11. Braga, M. L. S. As três categorias peircianas e os três registros lacanianos. Psicol. USP vol.10 n.2 São Paulo, 1999

#### **Endereço para correspondência:**

Leila Márcia Souza Oliveira  
Rua Metódio Coelho 104/408  
Salvador, Bahia  
Cep: 40279-120

#### **Endereço eletrônico:**

leila.oliveira@terra.com.br.