



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

DJANIRA LUIZA MARTINS DE SOUSA

**ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) DE FORTALEZA-CE.**

FORTALEZA

2008

DJANIRA LUIZA MARTINS DE SOUSA

**ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) DE FORTALEZA-CE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Área de Concentração Políticas e Serviços de Saúde. Universidade Estadual do Ceará – UECE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Gestão em Saúde

FORTALEZA

2008

*ENQUANTO EU TIVER PERGUNTAS E NÃO HOUVER RESPOSTA CONTINUAREI A ESREVER. COMO COMEÇAR PELO INÍCIO, SE AS COISAS ACONTECEM ANTES DE ACONTECER? SE ANTES DA PRÉ-HISTÓRIA JÁ HAVIA OS MONSTROS APOCALÍPTICOS? SE ESTA HISTÓRIA NÃO EXISTE, PASSARÁ A EXISTIR. PENSAR É UM ATO. SENTIR É UM FATO. OS DOIS JUNTOS - SOU EU QUE ESCREVO O QUE ESTOU ESCRREVENDO. DEUS É O MUNDO. A VERDADE É SEMPRE UM CONTATO INTERIOR E INEXPLICÁVEL. A MINHA VIDA A MAIS VERDADEIRA É IRRECONHECÍVEL, EXTREMAMENTE INTERIOR E NÃO TEM UMA SÓ PALAVRA QUE A SIGNIFIQUE.*

CLARICE LISPECTOR

## **DEDICATÓRIA**

*À minha mãe, Benedita, pelo compartilhamento do sonho e da concretização deste trabalho.*

*Ao meu filho, Lucas, por representar a essência do meu modo de andar a vida.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, Pai Eterno, por ter me conduzido em Seus braços em toda a trajetória desta dissertação.*

*À Profa Dra. Maria Salete Bessa Jorge, minha orientadora, pela confiança em meu trabalho, pela segurança transmitida em minha capacidade e principalmente pela acolhida de minhas muitas angústias.*

*Ao Germane, pela disponibilidade integral e ajuda no encaminhamento deste estudo, compartilhando idéias e sentimentos.*

*Aos colegas do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) e do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará pela convivência amorosa e solidária e pelo suporte emocional, em todas as etapas da realização deste trabalho.*

*Aos professores e funcionários do CMASP, pelo profissionalismo e colaboração efetiva no percurso desta caminhada.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento e viabilização do projeto de pesquisa.*

*À Profa Dra. Marluce Maria Araújo Assis da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) pelo interesse genuíno em contribuir para a realização deste trabalho. Sua escuta e disponibilidade foram incentivos para esta caminhada.*

*As amigas Malu e Delly, pelo apoio incondicional e imenso carinho dedicados nos momentos mais difíceis.*

*À equipe de trabalhadores de Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional III e IV de Fortaleza-CE, pela participação e interesse na construção de novos rumos para a Saúde Mental.*

*Aos usuários da Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza-CE, por serem inspiração na construção desta*

*dissertação. Suas trajetórias de vida são exemplos de humanidade e perseverança.*

## RESUMO

O objeto do estudo é a análise da produção do cuidado em Saúde Mental, tomando como recorte as abordagens terapêuticas grupais desenvolvidas pelos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Fortaleza-CE. A produção do cuidado por meio das práticas grupais se desenvolve a partir das intervenções decorrentes das relações em que acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade são disponibilizados na prática clínica para os sujeitos sociais envolvidos no processo de enfrentamento das dificuldades advindas dos transtornos mentais. Objetivamos compreender como vêm sendo construídas as abordagens terapêuticas grupais na produção do cuidado no cotidiano dos CAPS de Fortaleza-CE, envolvendo tecnologias de relações construídas por trabalhadores e usuários e ainda, discutir os significados atribuídos pelos trabalhadores às abordagens terapêuticas grupais operadas nos citados serviços. A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, foi escolhida como possibilidade de compreensão do fenômeno social e suas relações no contexto investigado. Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores do CAPS que desenvolvem atividades de abordagens terapêuticas grupais e usuários dos grupos terapêuticos, sendo utilizados o grupo focal com os trabalhadores e a observação sistemática dos grupos terapêuticos para a coleta de dados. A análise dos dados foi baseada nos pressupostos da análise de conteúdo crítica e reflexiva de Minayo (2006) e Assis (1998). Os resultados revelaram que o fenômeno grupal pode se configurar como um dispositivo potencializador das ações de saúde, na medida em que oportuniza a articulação entre diferentes aspectos do transtorno psíquico. Neste sentido, viabilizam o questionamento de estruturas e a desnaturalização de modos de viver, produzindo mudanças objetivas e subjetivas, tanto para os usuários, como para os familiares e para os próprios trabalhadores. A conformação das abordagens terapêuticas grupais no CAPS se apresenta como possibilidade de implementação de uma estratégia promotora de autonomia e de transformação, pelo intercâmbio inovador que o fenômeno grupal pode proporcionar aos seus integrantes, possibilitando a improvisação de novos modos de relação, por meio da facilitação de vínculos interpessoais e a produção de relações entre os atores do processo. As atividades com grupos apresentam a possibilidade de transformar o trabalho da equipe de Saúde Mental e se direcionar na busca de uma relação mais horizontalizada entre trabalhadores e usuários, traduzida na emergência de atitudes de negociação e partilhamento de poder e autonomia profissional, possibilitando, então, o compartilhamento de saberes e decisões. Os trabalhadores do CAPS compreendem o grupo terapêutico como espaço de promoção da auto-estima positiva e do crescimento do usuário, visto que o *setting* grupal proporciona momentos de expressão das singularidades, bem como de aprendizagem de novas formas de lidar com suas dificuldades, facilitando assim o modo de andar a vida dos participantes do grupo. Além disso, as atividades realizadas em grupo possibilitam um movimento dinâmico dos diferentes saberes e disciplinas, em ações intersetoriais, na práxis cotidiana efetivada nos serviços investigados. É necessário que, para a produção do cuidado efetivado pelas atividades grupais, as abordagens sejam embasadas em atividades, procedimentos e saberes inovadores e fundamentados na essência dos pressupostos do modelo psicossocial de atenção à Saúde Mental, cujas premissas consistem, basicamente, em considerar o usuário em sua individualidade, oferecendo subsídios para a (re) construção de sua subjetividade e cidadania.

**Descritores:** Saúde Mental; Cuidado; Centro de Atenção Psicossocial; Abordagens Terapêuticas Grupais.

## ABSTRACT

The object of study is the analysis of the production of care in Mental Health, taking as note the therapeutic approaches group developed by employees of the Center of Psychosocial Care (CAPS) in the city of Fortaleza-CE. The production of care through the practice group is developed from interventions arising from the relationships in which host, link, autonomy, responsibility and resolution are available in clinical practice for the social subjects involved in the process of confronting the difficulties arising from mental disorders. Aiming to understand how the therapeutic approaches in group have been constructed in the production of care in the daily of CAPS of Fortaleza-CE, involving technologies of relationships built by workers and users as well, discussing the meanings attributed by workers to the therapeutic approaches in groups operated in those services. The methodology of qualitative research, in a critical-analytical perspective, was chosen as able to understand the social phenomenon and its relations in the investigated context. The subjects of the study were workers of CAPS who develop therapeutic approaches activities in group and users of therapeutic groups, in which we used the focus group with employees and the systematic observation of therapeutic groups to collect data. Data analysis was based on the assumptions of the analysis of critical content and reflective of Minayo (2006) and Assis (1998). The results revealed that the group phenomenon can be configured as an enhanced device of health activities, to the extent that nurture the relationship between different aspects of mental disorder. Thus, the results enable the questioning of structures and the denaturalization of ways of living, producing objective and subjective changes, both for users and for their families and the workers themselves. The conformation of the therapeutic approaches in CAPS group presents itself as a possibility of implementing a strategy to promote autonomy and transformation, by innovative interchange that the phenomenon group may give its members, making it possible to improvise new forms of relationship, through the facilitation of interpersonal relationships and the production of relations between the actors of the process. The group activities have the possibility of changing the work of the team of Mental Health and go to a more horizontal relationship between workers and users, translated in the emergence of attitudes of trading and share of power and professional autonomy, allowing them the sharing of knowledge and decisions. Workers of CAPS include the therapeutic group as a space to promote positive self-esteem and growth of the user, because the group setting provides moments of expression of singularities, as well as learning new ways of dealing with their difficulties, thereby facilitating the way the members of the group conduct their lives. Moreover, the activities carried out in a group enables dynamic movement from different knowledge disciplines in intersectoral actions in daily practice, performed by the investigated services. It is necessary that, for the production of care, carried out by the group activities, the approaches are based on activities, procedures and innovative knowledge and based on the essence of the assumptions of the psychosocial model of attention to Mental Health, whose premises are, basically, considering the user in their individuality by offering subsidies to (re) construction of its subjectivity and citizenship.

**Descriptors:** Mental health; Care; Center of Psychosocial Attention; Therapeutic Approaches Group.



## **LISTA DE SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – Infantil

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CMASP – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

GRUPSFE - Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

PVC - Programa de Volta pra Casa

RASM - Rede Assistencial de Saúde Mental

RT - Residências Terapêuticas

SAMU - Serviço Móvel de Atendimento em Urgência

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS - Sistema Único de Saúde

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama Teórico-Conceitual da Rede de Cuidados na Comunidade	34
Figura 2 - Bairros e Regionais de Fortaleza	78
Figura 3- Localização Geográfica (Secretaria Regional III) do território da investigação	85
Figura 4 - Localização Geográfica (Secretaria Regional IV) do território da investigação	86

## LISTA DE QUADROS

Quadro I - Representação dos trabalhadores de saúde participantes do estudo..	85
Quadro II- Objetivos de estudo e técnicas de coleta de dados	90
Quadro III - Entrecruzamento dos relatos do Grupo Focal com trabalhadores do CAPS	92
Quadro IV- Entrecruzamento dos relatos da observação dos grupos terapêuticos do CAPS	93
Quadro V - Entrecruzamento das categorias empíricas	93

## SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract	07
Lista de Siglas	08
Lista de Figuras	09
Lista de Quadros	10
<b>1. O OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>12</b>
<b>1.1 A pesquisadora e a inserção na realidade</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Objeto de estudo, pressupostos teóricos e objetivos</b>	<b>18</b>
<b>1.2.1 O objeto de estudo e suas interfaces</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Questões norteadoras</b>	<b>26</b>
<b>1.4 Objetivos e pressupostos</b>	<b>26</b>
<b>2. O EIXO TEÓRICO</b>	<b>28</b>
<b>2.1 A construção dos paradigmas no campo da Saúde Mental:     saberes e práticas</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Tecnologia das relações e o cuidado do outro:     encontros e desencontros entre trabalhador e usuário</b>	<b>41</b>
<b>2.3 Dispositivos na produção do cuidado em Saúde Mental:     as abordagens terapêuticas grupais</b>	<b>51</b>
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>75</b>
<b>3.1 Natureza e tipo do estudo</b>	<b>75</b>
<b>3.2 Campo empírico</b>	<b>77</b>
<b>3.3 Participantes do estudo</b>	<b>84</b>
<b>3.4 Aspectos éticos</b>	<b>86</b>
<b>3.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados</b>	<b>88</b>
<b>3.6 Análise e tratamento de dados</b>	<b>90</b>
<b>4. RESULTADOS DA PESQUISA: CATEGORIAS DE ANÁLISES</b>	<b>95</b>
<b>CATEGORIA 1 - O GRUPO COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA INTERDISCIPLINAR NO COTIDIANO DO CAPS</b>	
<b>Concepção de grupos terapêuticos: o olhar dos trabalhadores de Saúde Mental</b>	
<b>CATEGORIA 2 - PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CAPS</b>	
<b>Relações de cuidado: acolhimento, vínculo, autonomia, co-</b>	

**responsabilização e resolubilidade**

**CATEGORIA 3 -INTERDISCIPLINARIDADE,  
INTERSETORIALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE**

**5. PONTOS DE REFLEXÕES, LIMITES DO ESTUDO E INDICATIVOS**

**DE SUBSÍDIOS PARA O SUS**

139

**REFERÊNCIAS**

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A**

**APÊNDICE B**

**APÊNDICE C**

**APÊNDICE D**

**ANEXO**

**ANEXO A**

## **1 - O OBJETO DE ESTUDO**

### **1.1 A pesquisadora e a inserção na realidade.**

Minha trajetória de encontro com o objeto deste estudo se desenvolveu principalmente a partir de inúmeros questionamentos sobre a Saúde Mental, fruto talvez, de uma postura pessoal de constante dúvida e espanto diante dos conflitos e das contradições da vida do ser humano, entranhados na realidade social e na atuação profissional. A necessidade de desvelar os “porquês” do sofrimento, da solidão diante desse sofrimento e da incapacidade do outro de compreender tal sofrimento, levou-me a muitas inquietações e reflexões que foram propulsoras de um movimento que me conduziu à busca de respostas.

No decorrer de minha formação no curso de Psicologia (Universidade Federal do Ceará) e à medida que entrava em contato com a ciência psicológica, os horizontes com relação às possibilidades de atuação na área se ampliavam, visto que a noção e a imagem de Psicologia que tinha era a mesma da grande maioria: o psicólogo, em sua imponente poltrona atendendo ao paciente no “divã psicanalista”.

O contato inicial com a “loucura institucionalizada” ocorreu de forma singular e marcante, durante o estágio curricular no hospital psiquiátrico. O medo do contato com os loucos tomava conta de todos os alunos, o que tornava a mim e à grande maioria dos estudantes uma espécie de observadores de uma realidade que não existia em nossas vidas, que não nos pertencia. A loucura era sinônimo de diferença e de ameaça à nossa integridade de normais e nos colocava então, no papel de meros espectadores, completamente à parte da situação em que viviam os asilados.

A realidade constatada por mim, no asilo, era tipicamente excludente, o espaço do hospital configurava-se como um “depósito” onde eram mantidas as pessoas que destoavam da normalidade. Percebia-se claramente que os usuários não tinham sua individualidade respeitada, sendo confinados e condenados a passarem, talvez, o resto de suas vidas naquele espaço, tornando assim, seus transtornos cada vez mais exacerbados e crônicos.

Todos os detalhes daquela situação permaneceram por muito tempo em minha memória: os olhares, os odores, os uniformes, os gritos... Sempre que trago à lembrança a idéia de hospital psiquiátrico eles me chegam instantaneamente e remetem a sensações de sofrimento, isolamento e abandono.

Constatava ali, no manicômio, a vida real dos “loucos”, revelada no afastamento dos familiares, na impossibilidade de produzir economicamente, na negação à liberdade individual e à subjetividade. Aspectos que representavam, entre outros, a forma de lidar com o

portador de transtorno mental e traduzia o modelo de atenção do hospital psiquiátrico. Tal realidade apontava reflexos de um atendimento com foco no tratamento medicamentoso, centrado no saber médico e direcionado para a doença mental, e não para o sujeito, que era desconsiderado na condução de seu processo terapêutico.

A questão que surgia e que, durante muito tempo, permaneceu em minha mente era: como tratar de uma pessoa que sofre psiquicamente naquelas condições inumanas, segregadoras e propiciadoras de alienação e exclusão? Buscava então, a resposta, nas teorias psicológicas que eram repassadas no curso de graduação, entretanto, nenhuma teoria poderia por si só, ser aplicada na situação castradora e violenta da hospitalização psiquiátrica.

Os conteúdos disciplinares da graduação foram insuficientes para satisfazer o desejo de apreender e conhecer mais sobre o ser humano, portanto, procurei uma formação extra-curricular após a conclusão do curso de Psicologia que me proporcionasse condições de praticar a clínica psicológica. Foi então que, marcada pelo encontro anterior na graduação com a fenomenologia existencial, decidi participar de uma formação nesta linha e, a partir daí, passei a buscar um aprofundamento teórico como subsídio para o meu trabalho como psicoterapeuta clínica.

A experiência como terapeuta individual, no entanto, não me impediu de desejar trabalhar com a Saúde Mental e mais especificamente com grupos, o que era revelado por meio da constante busca de envolvimento com atividades de treinamento organizacional, de capacitação profissional e de psicopedagogia institucional que desenvolvia paralelamente à psicoterapia clínica individual.

A possibilidade de conhecer mais profundamente e participar de modo mais ativo do campo da Saúde Mental<sup>1</sup> surgiu ao ingressar no Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), quando foi possível defrontar-me com diferentes configurações da assistência ao usuário dos serviços de Saúde Mental, colocando-me frente a intensas reflexões sobre a relação da teoria com a prática e aproximando-me mais das reais necessidades da população, contribuindo desse modo para uma ampliação de minha visão sobre o ser humano e seu lugar no mundo.

---

<sup>1</sup>Saraceno (1999) define Saúde Mental como o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento relacionados ao melhoramento, manutenção ou ainda, à restauração da saúde mental de uma população. A condição de saúde mental se refere a um aspecto complexo, considerando as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais determinantes de saúde e de doença.



Outro fato que está estreitamente ligado ao curso de mestrado e que foi de extrema relevância para a realização deste estudo foi meu ingresso como participante no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Enfermagem (GRUPSFE), também da Universidade Estadual do Ceará, o que tornou possível o início do desenvolvimento de atividades de pesquisa direcionadas ao campo. Considero esse o marco inicial de meu processo de formação contínua como pesquisadora, podendo assim elaborar a articulação entre teoria e prática, reflexão e vivência e ainda a experiência do cruzamento e do confronto com os diferentes saberes dos participantes do grupo.

É certo que o confronto com a realidade gera a urgência de novas construções de saberes efetivamente aplicáveis ao cotidiano das pessoas. Portanto, a constante busca por aprofundamento teórico na área da Saúde Mental e dos processos grupais aliada à grande satisfação em trabalhar com o ser humano, levaram-me à pretensão de realizar um estudo que abarcasse os aspectos que geram tanto fascínio e angústia. Além disso, o estudo dos grupos e do fenômeno grupal engloba a compreensão do sujeito singular na sua inerente capacidade de estar junto e compartilhar, mantendo sua alteridade frente ao objeto e podendo assim, vivenciar um espaço de conjunção de singularidades, de conflitos e contradições, o que remete ao confronto da diversidade e do compartilhamento.

É certo que, tratar do tema da Saúde Mental requer, antes de tudo, uma predisposição interior de intenso amor ao assunto e ao ser humano, especialmente às pessoas envolvidas com o transtorno psíquico e todas as questões que se mostram associadas à realidade da “loucura”. Isto exige certo despojamento de “pré-conceitos” e idéias discriminatórias e excludentes acerca do “louco”, o que pode levar o pesquisador a modificar suas certezas sobre os mais variados aspectos da vida humana.

Tal processo interior pode originar mudanças significativas que atingem o panorama conceitual e se refletem na prática diária e no “fazer” cotidiano. Semelhante dinâmica pareceu ocorrer com a trajetória do tratamento dispensado à doença mental no Brasil, a partir do surgimento de posições questionadoras e críticas a respeito de uma realidade que se mostrava caracteristicamente vigente e hegemônica.

Atualmente, o campo da Saúde Mental no Brasil revela um processo significativo de transformação do papel do louco como ator social e sujeito político de sua história. Este percurso está estreitamente vinculado ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que surgindo como um novo direcionamento para a terapêutica ao sujeito portador de transtornos psíquicos, se expressa dentre outras, na proposição da substituição do manicômio por serviços

alternativos. Isto implica, conseqüentemente, em (des)construções diversas, que atingem desde a tradicional concepção de saúde-doença até o processo de gestão institucional.

O espaço asilar pode ser considerado como uma estrutura que contém um conjunto de saberes e práticas articulados de acordo com um discurso de tipo ideológico (COSTA ROSA, 2000). Tal afirmação pode auxiliar na compreensão das práticas terapêuticas em Saúde Mental, que ao serem influenciadas e direcionadas pelas concepções que têm como objeto a tríade saúde-doença-cura, resultam em formas específicas de organização da estrutura institucional e de estabelecimento de relações com os usuários (e familiares) e ainda os seus efeitos terapêuticos.

Na estrutura institucional, os modos de produção de um ato de saúde refletem, além de outras especificidades, aspectos relativos à práxis do trabalhador em saúde, à sua visão de homem e o que por ele é considerado como doença, ou seja, a representação do problema de saúde. As conseqüências dessa postura ético-estética se revelam nos resultados obtidos e na satisfação direta do usuário do serviço, diante de suas necessidades.

A necessidade de pensar uma assistência integral à saúde nos leva a buscar um entendimento mais amplo do que seja ela. Entender a saúde como expressão de “bem-estar”, remete à compreensão de que ela se revela muito mais do que um bem individual, mostra-se como um patrimônio coletivo em íntima relação com a realidade social, econômica e cultural. A base desta afirmação encontra suporte na concepção do homem como ser integral, inseparável de suas dimensões biológicas, psicológicas, econômico-sociais e culturais (FERREIRA FILHA; SILVA, 2002).

As práticas de cuidado em Saúde Mental efetivadas sob a lógica de saúde que concebe a subjetividade humana, surgem como substituição ao modelo sustentado pelo paradigma psiquiátrico tradicional, revelam parâmetros básicos para sua concretização e eficácia. As mudanças decorrentes da assimilação de uma dimensão integral do cuidado com o portador de transtorno mental abrangem aspectos e atitudes de natureza inovadora para com o doente mental/sujeito, que incluem, além de uma modificação da mentalidade, o questionamento de posturas arraigadas nos trabalhadores, famílias e sociedade em geral.

Consideramos que, a partir desse novo olhar, caracteristicamente subjetivo, surge a mudança intencional do termo “tratar”, que pressupõe uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo mais abrangente, pois incorpora adequadamente a integralidade do sujeito (ALVES, 2001). Novos horizontes são pensados e planejados para que venham a dar conta do

que é humano, considerando, sobretudo, a possibilidade de percepção da dinâmica complexa e imprevisível entre os sujeitos.

Tais considerações se mostram inquietantes e remetem a algumas indagações: Como estão sendo desenvolvidos os encontros entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar? Quais princípios têm embasado as práticas dos trabalhadores na produção do cuidado em Saúde mental efetivada nas abordagens terapêuticas grupais? Qual o entendimento por parte dos trabalhadores das abordagens terapêuticas grupais?

Portanto, tomando como ponto de partida as reflexões e as dúvidas que permeiam a teoria e a prática, a postura profissional e a postura pessoal, a visão de mundo e a visão de homem, apresenta-se a necessidade de produzir o conhecimento sobre o cuidado e as práticas grupais, o que se revela então no presente estudo.

## **1.2 Objeto de estudo, pressupostos teóricos e objetivos.**

### **1.2.1 O objeto de estudo e suas interfaces.**

Este estudo tem como objeto de investigação a análise da produção do cuidado em Saúde Mental apresentando como recorte as abordagens terapêuticas grupais utilizadas pelas equipes de trabalhadores dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como contexto o paradigma psicossocial, tido como uma proposta de mudança do modelo psiquiátrico centrado na produção de procedimentos.

Na pretensão de analisar a produção do cuidado a partir de novos dispositivos de atenção à Saúde Mental, é fundamental elaborar uma breve reconstituição do percurso do modelo assistencial e a construção processual do que hoje é denominado como modelo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). A compreensão crítica do modelo psiquiátrico brasileiro conduz ao direcionamento de um olhar de investigação aos movimentos históricos que contextualizaram os discursos e práticas fundamentais do alienismo tradicional, com seu corpo instrumental, em seu caminhar rumo à construção de uma forma de assistir voltada para a humanização dos cuidados e defesa dos direitos do usuário. Tomamos por conceituação de modelo assistencial os modos de produção de saúde, ou seja, como a sociedade e o Estado aplicam e desenvolvem as tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde (MERHY et al, 1991).

Durante a segunda metade do século 20, o campo da Saúde Mental passou por inúmeras transformações no âmbito mundial, que vieram a modificar a assistência nos serviços e a própria concepção da loucura e do louco, dando origem a novas formas terapêuticas de abordagem dos problemas de saúde psíquica. No campo do saber e da prática em Saúde Mental, deparamo-nos com a constatação da crise e da falência do modelo manicomial, bem como da sua incapacidade em oferecer respostas positivas e eficazes ao enfrentamento dos problemas psíquicos (BRÊDA, 2006).

No Brasil, o discurso ideológico de Franco Basaglia que fundamentou a experiência de Psiquiatria Democrática Italiana, questionando a lógica do manicômio como essencialmente opressiva, dominadora e excludente, serviu de base para a discussão acerca de possíveis transformações no modelo de atenção à Saúde Mental. Além disso, outras correntes exerceram influência no movimento antimanicomial brasileiro, tais como: a Psiquiatria de Setor Francesa da década de 1940, a Comunidade Terapêutica Inglesa e a Análise

Institucional Francesa da década de 1950, a Antipsiquiatria Inglesa na década de 1960 e a Psiquiatria Preventiva e Comunitária Norte-Americana também da década de 1960. De modo geral, se constituíam como movimentos contra-hegemônicos da realidade da psiquiatria tradicional, preconizando uma perspectiva preventivista e promotora da singularidade do usuário (AMARANTE, 1995; JORGE, 1997).

O contexto social, político e econômico de luta pela redemocratização e reorganização nacional serviram de cenário para a manifestação do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, na segunda metade da década de 1970 e início da década de 1980. Nesse período, se intensificaram os debates e as reflexões sobre a assistência à Saúde Mental, com o surgimento de diversos movimentos sociais entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), conforme analisa Fortuna (2003).

O movimento aponta então, as falhas do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e incorporou o hospital psiquiátrico como a única opção de tratamento, contribuindo para o incremento da precariedade dos serviços e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Um dos principais frutos deste movimento é que ele deu voz aos usuários (AMARANTE, 1995).

A década de 1980, tomando como base as discussões de Tenório (2002), foi marcada por uma intensa reflexão e proposições de políticas de Saúde Mental, sendo caracterizada pela ampliação da participação dos atores sociais envolvidos no processo e a iniciativa de reformulação legislativa. Marca ainda esse período o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em Saúde Mental.

Em um contexto mais amplo a saúde passa a ser discutida como uma questão social, tendo como um de seus marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que delibera pela necessidade de um Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup> proclamando a saúde como um direito, lançando os princípios de equidade, descentralização, universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização para nortear o sistema de saúde (CATENA; GALERA, 2002). Esta conferência fez com que, pela primeira vez, houvesse uma participação efetiva dos setores da sociedade.

---

<sup>2</sup> O SUS foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n° 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n° 8.142/90 tendo como finalidade alterar a situação de desigualdade no atendimento à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento a todos os cidadãos, indiscriminadamente, sem ônus (BRASIL, 2002).

Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como ponto de discussão a proposta de ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de vida (COSTA-ROSA et al, 2001) e buscando em linhas gerais abordar temas como: a) a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional; b) não credenciamento pelo setor público de leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; c) proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; d) implantação de recursos assistenciais alternativos; e) recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares; f) emergência psiquiátrica funcionando em emergência de hospitais gerais (AMARAL, 2003).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizou-se em 1990 e resultou na Declaração de Caracas<sup>3</sup>, preconizando a reestruturação da assistência psiquiátrica do continente americano. Tal fato repercutiu consideravelmente no Brasil, acelerando o processo reformista e determinando uma ampliação estratégica no financiamento da Saúde Mental pelo SUS (GUIMARÃES; SAEKI, 2001).

Posteriormente, foi realizada em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como preocupações principais a avaliação do processo de Reforma Psiquiátrica e a proposição de novos caminhos para sua efetivação (SILVEIRA, 2004).

Na esfera legislativa, a iniciativa de reformulação foi do Deputado Paulo Delgado que em 1989 elaborou um projeto dispendo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, objetivando alterar a arcaica legislação de 1934.

Somente em 2001, com intensa pressão da sociedade, este projeto de lei foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República. No entanto, Ribeiro; Gonçalves (2002) afirmam que o processo de desinstitucionalização no Brasil, embora respaldado pelo Decreto de Lei 3.657/1989, privilegiou o modelo segregador e dissocializante do hospital asilar como recurso 'terapêutico' exclusivo, ainda enfatizando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento.

---

<sup>3</sup> A Declaração de Caracas foi assinada em 1990 e teve como meta a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão das pessoas com transtornos mentais. A declaração representou um marco na história da saúde mental nas Américas. O Brasil, sede da Conferência Comemorativa dos 15 anos da Declaração de Caracas, realizada de 7 a 9 de novembro, foi o local escolhido para o evento por ter sido o país que mais incorporou os princípios do documento, entre os quais a reintegração dos portadores de distúrbios mentais à sociedade (BRASIL, 2005).

O processo de desinstitucionalização não significa apenas a desospitalização, mas sim, uma transformação do modelo arcaico centrado apenas no conceito de doença. Portanto, desinstitucionalizar significa abordar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, construindo novas possibilidades de sociabilidade e subjetividade. Este processo não é apenas técnico-administrativo, ou jurídico ou político; é, acima de tudo, um processo ético que tenta oferecer à pessoa com transtorno psíquico um cuidado verdadeiro através de uma terapêutica cidadã (AMARANTE, 1995).

Rotelli et al (2001), dentro dessa perspectiva, assinalam que, tomando como desafio a desinstitucionalização, a Reforma Psiquiátrica tem sido discutida e entendida com certa variedade de conceitos e conseqüências. Segundo o pressuposto defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões de campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato, ocorra um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade, constituindo-se a partir de um processo de crítica prático-teórica ao saber médico tradicional e às suas instituições.

Neste sentido, o Ceará é considerado como um dos estados pioneiros na transformação do modelo manicomial para ao modelo de assistência psicossocial. O primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Estado foi inaugurado em novembro de 1991 na cidade de Iguatu. Em seguida, vieram os CAPS de Canindé (agosto de 1993), Quixadá (dezembro de 1993) e Icó (março de 1995) e as mudanças ocorridas nos municípios em que se implantam os serviços de atenção psicossocial foram notórias (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

O processo de transformação do modelo de assistência à Saúde Mental no Estado de Ceará, portanto, pode ser considerado como de vanguarda no Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro. A Secretaria Municipal de Saúde, em 1993, por intermédio da Comissão de Reforma Psiquiátrica deu início à implantação de mais nove CAPS, nos dois anos seguintes. (SAMPAIO; BARROSO op. cit.).

Já no município de Fortaleza, o processo de implantação dos serviços substitutivos se inicia no ano de 1998, com a instalação do CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III (SER III). Existiam apenas três CAPS até 2005, o que pode ser considerado insuficiente, visto que o município conta com uma população superior a dois milhões de habitantes.

Observamos assim, que as iniciativas para a transformação de um novo modelo de atenção à Saúde Mental na capital cearense são lentas, diferentemente da situação do interior do Estado, onde vários municípios instalaram seus serviços de atenção psicossocial antes de Fortaleza. Um destes municípios foi Sobral, que se mostra como uma experiência positiva pioneira no caminho da superação de seu modelo de atenção baseado no hospício através do estabelecimento de uma rede de assistência, iniciada com emergência e internações psiquiátricas em hospital geral, um hospital-dia, duas residências terapêuticas, um pequeno ambulatório de pronto-atendimento para referência aos municípios que não possuem políticas de atenção à Saúde Mental e um CAPS, para a assistência do município (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

Nesse processo de ampliação da esfera de abrangência da atenção à Saúde Mental da população, novas estratégias de intervenção são propostas como alternativas ao hospício, pautadas em um modelo descentralizado de saúde que tenha a Atenção Básica não apenas como porta de entrada, mas também como elemento transversal a toda a rede. Faz-se ainda necessário o redirecionamento do financiamento público, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e um programa de implantação de uma rede de serviços de Saúde Mental regionalizada, visando à substituição do hospital psiquiátrico.

Ressaltamos que a Reforma Psiquiátrica concebe o processo de busca à desinstitucionalização de forma ampliada, extrapolando a idéia de reinserção do paciente na sociedade através da redução de seu vínculo institucional e do incentivo de vínculos extra-hospitalares. Ela traz em seu bojo o desafio de dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permita independência para as atividades da vida diária e exercício de cidadania (SILVA, 2005)

Diante dos objetivos centrais da Reforma Psiquiátrica, pode-se apontar a respeito da relação da reabilitação psicossocial com as práticas terapêuticas grupais que são efetivadas nos serviços de atenção básica no campo da Saúde Mental, manifestando-se como valorização do poder contratual dos usuários nas instituições e no poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade. Neste sentido, as abordagens terapêuticas de grupo atuam possibilitando o resgate de sua autonomia e seu direito de ir-vir (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).



Embora a criação de novos dispositivos<sup>4</sup> seja uma realidade concreta, o horizonte que se vislumbra no espaço da Saúde Mental ainda não é claro, mostra-se em crise, visto que, apesar das ações concretas, pode significar a instalação de um processo instituinte de mudanças nos serviços assistenciais.

Estudos como os de Brêda (2006), Bento (2006), Oliveira; Alessi (2005) e Koda; Fernandes (2007), que investigaram o processo de transformação do modelo de assistência através dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, revelam que tais dispositivos, por si só, não têm a capacidade de romper completamente com a lógica manicomial hegemônica. Inúmeras práticas consideradas reducionistas e excludentes ainda continuam a acontecer dentro dos serviços. Assim, o atendimento médico-centrado, a predominância da utilização do medicamento como principal instrumento terapêutico, a negação à participação do usuário na construção de seu projeto terapêutico, a insuficiente capacitação dos trabalhadores para atuar na área da Saúde Mental e Saúde Coletiva e as diversas dificuldades destes em exercer seu trabalho de maneira articulada com os demais setores sociais e serviços de saúde, são alguns dos muitos obstáculos que impedem a implementação eficaz e eficiente do modelo de atenção psicossocial.

O número de internações psiquiátricas no Brasil ainda é classificado como um dos maiores gastos do SUS, apesar dos estímulos à desospitalização, tendo ainda o ambulatório como uma faceta da demanda bastante crescente, aspecto que cronifica a situação dos usuários dos serviços. Presume-se, portanto, que o modelo tradicional hegemônico ainda existe e persiste em grande parte dos municípios brasileiros, e em alguns convivem paralelamente as duas lógicas de atenção (BRÊDA, 2006).

Neste aspecto, a desinstitucionalização pode ser considerada como “o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções (...) o problema se tornará, não a cura, mas a emancipação, não a reparação, mas a reprodução social das pessoas” (ROTELLI et al, 2001, p. 91).

Para tanto, de acordo com Brêda (2006) os serviços substitutivos devem se apresentar como superadores do paradigma baseado no manicômio, sendo, portanto, guiados por novos valores éticos que sejam capazes de produzir uma nova forma de convivência,

---

<sup>4</sup> Para Foucault (1992, p. 244), dispositivo é “[...] um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”.

significativamente mais solidária, inclusiva e cidadã. Deve, assim, se ocupar mais com a pessoa e a sua dor do que com a doença, assumindo e aceitando as diferenças individuais. No âmbito da Reforma Psiquiátrica e com o aumento do número de serviços substitutivos ao hospital e a criação de políticas de assistência aos portadores de transtorno mental voltadas para a atenção primária e secundária, o atendimento grupal é considerado um dos mais relevantes recursos terapêuticos nesse contexto (SOUZA et al, 2004).

Ainda no entendimento de Souza et al (2004), o potencial terapêutico dos grupos deve ser considerado e valorizado como uma intervenção cuja função principal é possibilitar as trocas interativas no desenvolvimento psicológico dos indivíduos.

Acrescentam Guanaes; Japur (2001) em sua análise, que o trabalho grupal no atendimento aos portadores de transtornos mentais revela que o grupo potencializa as interações, funcionando como um espaço adequado para a exploração de subjetividade ao atuar como um “laboratório social”, no qual os membros reproduzem os papéis que ocupam no dia-a-dia de suas relações.

As atividades terapêuticas realizadas por meio dos grupos surgem no decorrer do processo de evolução da história da Psiquiatria sem, contudo, possuírem o caráter de promoção da cidadania e expressão de liberdade e convivência na comunidade, aspectos característicos da reabilitação psicossocial. Tais atividades passaram por transformações em suas peculiaridades e funções no curso do desenvolvimento do conhecimento humano e da ciência médica psiquiátrica.

Deste modo, o trabalho em grupo na assistência à Saúde Mental com base no modelo psiquiátrico manicomial estava centrado essencialmente no objetivo de ocupar aleatoriamente o doente mental, enfocando as estratégias terapêuticas no indivíduo excluído de seu meio familiar e social. O poder hegemônico dominante estava na figura do médico e na verticalidade das relações intra-institucionais, o que enfatizava a segregação, o preconceito, a alienação e a diferença.

Bento (2006); Câmara; Damásio e Munari (2000); Bechelli e Santos (2002); Souza et al (2004) e Lancetti (1989), entre outros estudos nacionais consideram a atenção grupal nos serviços de Saúde Mental uma modalidade de dispositivo que pode proporcionar um espaço contextual coletivo onde os sujeitos (usuários e familiares) podem expressar suas demandas e coletivamente avaliar sua legitimidade e as possibilidades do serviço. Concordam os autores ainda com o fato de que, como agente terapêutico, as práticas grupais encontram

grande indicação no propósito de reinserção social do portador de transtorno mental, expressando assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, os estudos citados que o atendimento grupal como mero recurso terapêutico de oposição ao modelo centrado no manicômio e operando na lógica da doença, ainda persiste e necessita ser questionado, devendo ser problematizado em sua complexidade e interdependência com a instituição e a realidade social na qual está inserido, visto que demonstram atuarem como instrumento importante no estímulo à ampliação da potencialidade dos sujeitos que dele participam.

A sistematização de um grupo terapêutico como recurso na assistência de enfermagem em Saúde Mental a mulheres acompanhadas em um CAPS com transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, foi o tema de um estudo realizado em Fortaleza (SOUZA et al, 2004), tendo chegado a conclusões importantes sobre o assunto no nível local, no que se refere à viabilidade da utilização do grupo como um recurso terapêutico no campo da Saúde Mental que envolve usuários com diversos tipos de sofrimento, terapeutas com formações distintas e instituições com perfis diferenciados. O citado trabalho ressalta ainda, a necessidade de um planejamento cuidadoso das várias atividades a fim de controlar as variáveis externas ao momento grupal e a capacitação técnica dos coordenadores, para, deste modo, atingir os objetivos propostos.

Um cenário contraditório e conflituoso serve, portanto, de contexto para o objeto da investigação em questão, o qual se revela nos modos de produção das práticas de Saúde Mental efetivado nas realidades objetiva e subjetiva por meio das abordagens terapêuticas grupais nos serviços de Atenção Básica. A partir desse referencial, buscaremos estabelecer um olhar sobre as práticas terapêuticas baseadas no dispositivo grupal que estão sendo efetivadas na produção do cuidado necessário para a (re) construção da subjetividade autônoma e libertadora dos usuários dos serviços de Saúde Mental.

As considerações apontadas até aqui, permitem delimitar o objeto de análise que pretendemos investigar, constituindo-se na análise das práticas em Saúde Mental, efetivadas nos CAPS em Fortaleza - CE, procurando elaborar uma discussão das abordagens terapêuticas grupais utilizadas pelas equipes destes serviços no processo de produção do cuidado em saúde.

### 1.3 Questões norteadoras

Para o desenvolvimento da pesquisa, apresentamos as seguintes questões norteadoras:

- De que forma têm sido (des) construídas as abordagens terapêuticas grupais na produção do cuidado no cotidiano dos serviços de atenção à Saúde Mental no CAPS de Fortaleza-Ce?

- Quais as concepções (significados) de abordagens terapêuticas grupais atribuídas pela equipe de trabalhadores e usuários do CAPS de Fortaleza-Ce?

Esta investigação tem como ponto de referência a perspectiva do trabalhador do serviço de Saúde Mental, partindo das concepções e dos modos de ação/intervenção dos trabalhadores em saúde nas práticas grupais. Ressaltamos ainda que este estudo se encontra focado no espaço intercessor existente no encontro trabalhador-usuário do serviço, por meio do olhar das práticas em saúde produzidas conjuntamente por todos os atores envolvidos no processo. evidenciamos assim, a importância de cada trabalhador na produção do cuidado em Saúde Mental por meio das abordagens terapêuticas grupais, uma vez que o processo de produção coletiva da ação de saúde se desenvolve em todos os momentos do atendimento ao usuário no serviço dos CAPS.

### 1.4 Objetivos e pressupostos

Definimos como objetivos desse estudo analisar como vêm sendo construídas as abordagens terapêuticas grupais na produção do cuidado no cotidiano dos serviços de atenção à Saúde Mental no CAPS de Fortaleza – CE, e ainda, discutir os significados atribuídos pelos trabalhadores e usuários às abordagens terapêuticas grupais operadas nos citados serviços, apresentando os seguintes pressupostos teóricos:

- As abordagens terapêuticas grupais constituem estratégia para possibilitar a autonomia e a transformação libertadora dos usuários dos CAPS baseadas na importância do fenômeno grupal para a constituição do sujeito, a partir da função do grupo como espaço de conjunção de singularidades, de conflitos e contradições, o que remete ao confronto da diversidade e do compartilhamento, e também como instrumento mantenedor do *status quo*;

- As ações de Saúde mental empreendidas pelas equipes do CAPS inseridas no SUS estão subordinadas em sua práxis pela produção de um cuidado caracteristicamente

fragmentado, que ainda é manifestado como “tratar”, “curar” e centrado nos procedimentos e nas rotinas institucionais, expressando um enfoque biológico, situado na patologia e nos aspectos curativos e individuais.

Tais questionamentos se configuram como a base para a construção do referencial teórico desta pesquisa e ainda no direcionamento do caminho metodológico percorrido na execução dessa produção investigativa.

Consideramos de grande relevância a realização de um estudo que efetue uma análise da proposta supracitada em Fortaleza. As informações colhidas poderão então, subsidiar discussões sobre a necessidade de fomentar novas políticas e, conseqüentemente, novas práticas no âmbito da Saúde Pública, com o intuito de melhorar a qualidade da Saúde Mental daqueles que vivenciam os transtornos mentais e se encontram ainda segregados em seu meio familiar e social.

Torna-se essencial ressaltar que devido ao fato da extrema complexidade do tema da assistência em Saúde Mental não intencionamos apresentar aqui um estudo conclusivo e totalmente abrangente sobre o assunto, visto que estão presentes inúmeras limitações e percalços no caminho percorrido. Contudo, pretendemos oferecer uma orientação acerca dos modos de saber fazer dos trabalhadores quando no processo de condução do fenômeno grupal enquanto dispositivo de produção do cuidado em Saúde Mental, e assim proporcionar debates e discussões sobre a assistência nos serviços pautados pela atenção psicossocial em busca da produção de autonomia e subjetividade do usuário.

## **2 – O EIXO TEÓRICO**

O eixo teórico deste estudo está construído a partir de três temáticas principais que contribuirão para o suporte da análise e compreensão dos resultados da pesquisa.

## **2.1 A construção dos paradigmas no campo da Saúde Mental: saberes e práticas.**

Historicamente, o caráter asilar e assistencialista das instituições apresenta como principal característica a exclusão dos indivíduos marginalizados, construídos pelas disfunções produzidas no modo de produção capitalista e pela divisão social do trabalho (GRADELLA JUNIOR, 2002).

Foi a partir do século 18 que o homem criou uma nova maneira de perceber a si e a sua condição humana (MACHADO; COLVERO, 2003). A loucura, como fenômeno da existência do homem, sempre existiu, bem como o lugar concebido e aceito incondicionalmente para tratá-la: templos, domicílios e instituições. Deste modo, a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século 18, se apresentando como um espaço de contenção da loucura e de aprisionamento da expressão singular de cada indivíduo em suas características humanas (FOUCAULT, 1978).

Este panorama é muito bem explicitado por Foucault (1978), ao afirmar que o espaço manicomial assiste ao doente mental como um alienado de si e do mundo, desconsiderando-o e subjugando-o na manifestação de seu sofrimento. Seus direitos humanos fundamentais são violados por profissionais que detinham o poder e o saber sobre sua doença e a cura de seu mal.

Gonçalves; Sena (2001) apontam que, o louco, ao ser excluído do convívio dos iguais e dos ditos normais, foi afastado dos donos da razão, dos considerados produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade, tratá-lo foi então, sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Ideologicamente, esse asilamento contradiz o princípio da integralidade, à medida que fere os direitos à convivência e ao livre arbítrio.

Com o advento da Era Moderna, marcada pela Revolução Francesa, novas concepções nas formas de organização econômica e social emergiram, quando todos os indivíduos excluídos socialmente passaram a ter certa importância no novo mercado de trabalho e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade. Entretanto, os loucos continuaram reclusos e isolados nas instituições fechadas.

Castel (1978, p. 37) evidencia que, no período da Idade Clássica, prevalecia o discurso de que o confinamento asilar respondia à necessidade de “proteção” dos loucos, constituindo-se como uma espécie de hospedagem. Já nas instituições da Era Moderna o “olhar” médico científico predominava, transformando a loucura em “doença mental” e tornando-a passível de tratamento e cura.

(...) o louco coloca um problema diferente. Nenhum vínculo racional une diretamente a transgressão que ele realiza com a repressão a que é submetido. Não poderia ser sancionado, mas sim, deverá ser tratado. Sem dúvida o tratamento será freqüentemente, uma espécie de sanção. Mas ainda que seja sempre assim com o louco, doravante a repressão só pode progredir disfarçada. Ela deve ser justificada pela racionalização terapêutica. É o diagnóstico médico que se supõe impô-la, ou seja, que lhe fornece a condição de possibilidade. Diferença essencial: em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico.

Assim, a Medicina se apropria do direito de controlar e curar a loucura, evidenciando suas causas orgânicas e a necessidade de tratamento físico para esses males. Esse movimento de apropriação da loucura pela medicina tinha o médico francês Pinel como seu principal expoente. O manicômio se tornou parte essencial do tratamento, sendo um “instrumento de cura” e não apenas de proteção e enclausuramento (PESSOTI, 1994).

No entanto, no início do século 19, com o desenvolvimento da anatomia patológica, ocorreu uma forte influência do pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que fossem buscadas as causas orgânicas da loucura e criados procedimentos baseados nas terapêuticas físicas e medicamentosas. Modifica-se então a função do manicômio: passa de um “instrumento de cura” a local de depósito das mais diversas expressões de loucura. No intuito de dar conta de tantas manifestações, na maioria das vezes, a violência era utilizada como recurso de contenção dos atos dos loucos (AMARANTE, 1996).

De acordo com Brêda; Augusto (2001), o paradigma psiquiátrico, fundamentado na concepção de doença como fruto de determinações orgânicas, utiliza o pressuposto de que a eficácia do tratamento repousa na aplicação de dispositivos de assistência ambulatorial, ou seja, se baseia na noção de "problema-solução". Deste modo, o objeto de intervenção desse modelo é a doença mental, o que transforma o indivíduo que a possui num doente, num ser que sofre e que necessita de medicamentos e ainda, da ação da racionalidade médica, cuja função principal é curar a partir do isolamento e do conseqüente controle da liberdade do usuário e da sua capacidade de viver a vida.



A respeito disso, Corbisier (2006, p. 284), explicita os fundamentos dessa perspectiva ao afirmar que o tratamento consistia na catalogação das anormalidades e os sintomas eram vistos somente pelo caráter de negatividade, representando uma visão reducionista e fisicalista do sofrimento humano. A autora descreve deste modo:

... vê-los (os loucos) desse modo, não leva ninguém a tentar uma aproximação com o 'doente', que está imóvel, aparentemente alheio, ausente do mundo. É um olhar em preto-e-branco chapado que desconhece nuances e meios tons. Um olhar simplista que não enxerga que um copo vazio está cheio de ar, que o silêncio, às vezes, está repleto de palavras sem letras, de um sofrimento atroz.

Tomando como referência Torre; Amarante (2001), podemos afirmar que o ideal deste período reflete os princípios fundantes desta racionalidade: a causalidade e a previsibilidade, que ao gerarem o sujeito da razão, tem na loucura a revelação do sujeito da desrazão. Surge deste modo o conceito de indivíduo, consolidando assim o sujeito do conhecimento cartesiano, fruto da racionalidade científica que embasa a produção de conhecimento

Essa tendência vai aos poucos se tornando mais fraca logo após a Segunda Guerra Mundial, quando é possível afirmar que surgiu o embrião de uma tentativa de modificação do modelo vigente na época. À medida que os países europeus, após a vitória dos Aliados, eram reconstruídos, os hospícios se tornaram alvos de severas críticas no que se refere aos seus atos violentos e excludentes para o tratamento da loucura. Esta transformação era condizente com a urgência de adequação à nova ordem social vigente, onde o pensamento de participação democrática e de bem-estar da sociedade se tornaram prementes (JORGE, 1997).

As tentativas de mudança da realidade daqueles acometidos pela loucura se desdobraram em distintos movimentos, em contraponto ao modelo predominante de isolamento e violência. Birman; Costa (1994) estabelecem a seguinte classificação: os movimentos cujo foco foram as críticas à instituição asilar (Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos e Psicoterapia Institucional na França); os movimentos que tinham como prioridade a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria (Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor); os movimentos que estabeleceram quebras na constituição do saber médico sobre a loucura (Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana).

A evolução da história da assistência psiquiátrica ocorreu no sentido de tentativas direcionadas à abolição do manicômio como instituição que abriga os loucos, contudo, é

evidente que as práticas psiquiátricas baseadas na compreensão da loucura enquanto desrazão torna o sujeito alienado mero objeto de intervenção, dando margem à possibilidade da exclusão por meio da internação como meio de tratamento e cura. Todas as tentativas de mudanças nos procedimentos existentes não chegaram a produzir transformações significativas na concepção do sofrimento mental como adoecimento e as possíveis intervenções (JORGE, 1997).

Assim, no que tange ao poder psiquiátrico, Gradella Junior (2002) afirma que a intervenção sobre a vida do sujeito, estabelecendo uma classificação de normal ou anormal, extrapola a dimensão de uma relação de opressão e violência. Para ele, se constitui na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

No contexto brasileiro, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil reacendeu antigos temas e dispositivos destinados a tratar ou simplesmente excluir os sujeitos rotulados sob o estigma da loucura. Após um longo tempo de reclusão manicomial, questões relacionadas à clínica, ética e construção de novas possibilidades de atenção em Saúde Mental vêm à tona, trazendo consigo a necessidade de reflexão e análise sobre as práticas e os saberes.

Surgindo do reclame da cidadania do louco, a Reforma Psiquiátrica no cenário nacional inclui diversos atores e os espaços clínico, político, social, cultural e jurídico (TENÓRIO, 2002). A mudança na assistência ao sujeito portador de transtorno mental se origina a partir de discussões no âmbito mundial, onde se propunham, dentre outras premissas, a substituição progressiva do hospital psiquiátrico como serviço essencial ao "tratamento da loucura", por uma rede de serviços de cuidado pautada na vida em comunidade e na promoção da autonomia do usuário.

O processo de Reforma Psiquiátrica pode ser assim definido (BRASIL, 2005, p. 06):

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

No que se refere à tarefa de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial, Dalla Vecchia; Martins (2006) atentam para o fato de que isto envolve políticas sociais de

conjunto e, portanto, de inclusão social, implicando no reconhecimento da necessidade de moradias substitutivas e assistidas para ex-internos psiquiátricos, de espaços de trabalho protegido (mas não necessariamente tutelado), de inserção em atividades culturais e de lazer, etc.

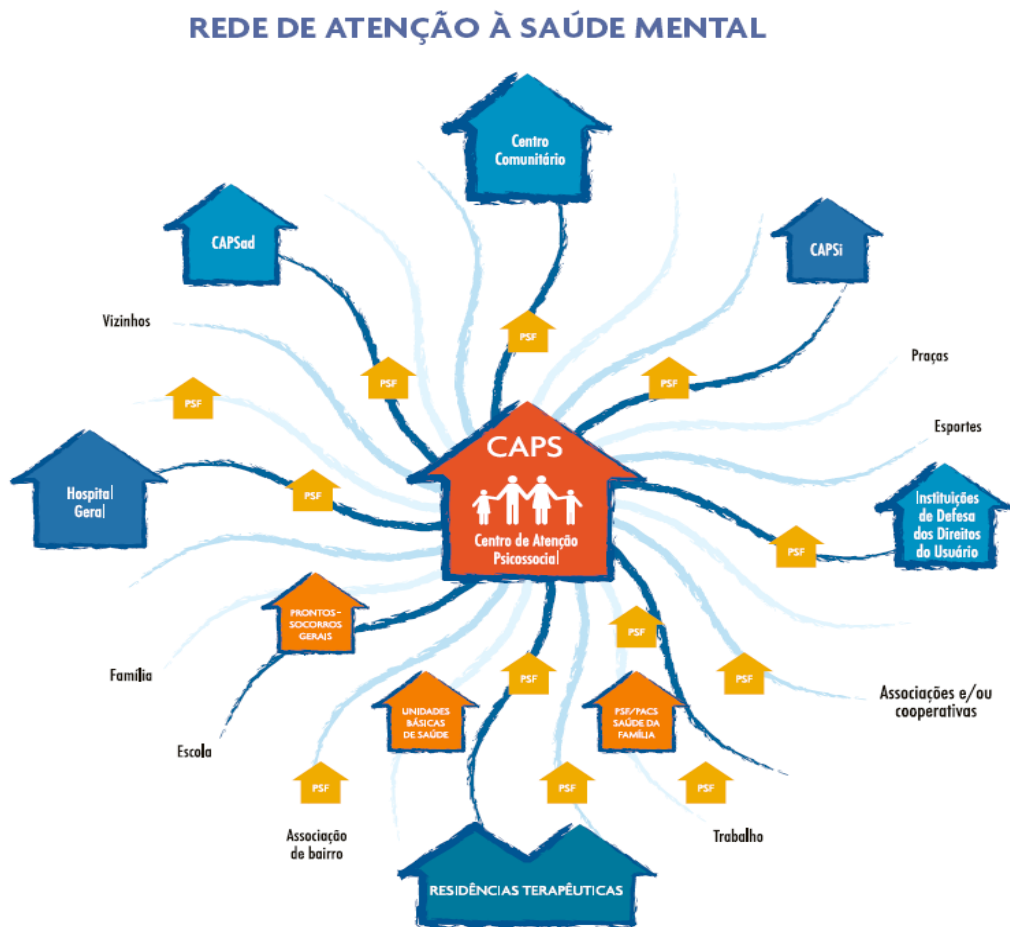
Alves; Guljor (2006), discutindo sobre o risco de ambulatorização da “existência-sofrimento”, assinalam que as questões do transtorno mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na Atenção Primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las. No entanto, não se pode ter para esse grupo de problemas uma perspectiva simplista, ou seja, resumir as dificuldades da vida cotidiana a um conflito psicológico. Essa simplificação grosseira, em determinadas circunstâncias, nas décadas de 60 e 70, foi denominada “psicologização” dos problemas sociais. É importante que a questão da subjetividade seja do conhecimento dos profissionais de saúde, mas que não se banalizem os instrumentos de intervenção do campo da Saúde Mental, transformando-os em pretensos “anestésicos sociais”.

Diante dos intensos movimentos e das tentativas de transformar a assistência ao doente mental, os questionamentos que permeiam as intenções principais da Reforma Psiquiátrica se referem, sobretudo, à eterna tensão do binômio sociedade-loucura. Quais devem ser as práticas de cuidado destinadas aos loucos? Qual o papel que a eles é destinado no mundo diante de sua loucura? De que modo a expressão de sua subjetividade pode se encaixar na realidade social atual? Qual olhar deve ser direcionado a eles em relação às possibilidades de seu existir? É possível que as respostas estejam na necessidade urgente da construção de uma sociedade cuja essência seja a inclusão de todos, inclusive daqueles que destoam de suas finalidades cristalizadas no poder econômico e social do modelo de racionalidade burguesa e da lógica mercantilista.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A forma de articulação em rede dos muitos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental para a constituição efetiva de um conjunto concreto de referências capazes de proporcionar o acolhimento ao portador de transtorno mental. Costa-Rosa et al. (2003, p. 32) indicam que é neste campo que a Reforma Psiquiátrica tem alcançado conquistas mais significativas, ao passo que “tem-se construído uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades”.

Todavia, essa rede, embora seja definida como de base comunitária, é mais abrangente do que o conjunto dos serviços de Saúde Mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Inferimos, portanto, que a existência e atuação de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais seja um dos pilares para a construção e manutenção dessa rede (BRASIL, 2005).

**Figura 1 - Diagrama teórico-conceitual da rede de cuidados na comunidade**



Fonte: (BRASIL, 2005).

Com a intenção de propor novas práticas para o atendimento em Saúde Mental, o modo psicossocial, como proposta emergente, visa proporcionar uma compreensão da loucura e do papel social do portador de transtorno mental, distinta da apreendida pelo modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Este modelo emergente vislumbra o usuário não como uma pessoa desprovida de razão ou alienada de suas funções, autonomia e responsabilidade, e sim

como alguém que possui uma singularidade, uma subjetividade e a capacidade de atuar em sua própria história e em seu próprio tratamento (COSTA-ROSA, 2000).

O ponto central da desinstitucionalização proposta pelo novo modelo de assistência é o processo gradativo de "devolução à comunidade" da responsabilidade em relação aos doentes mentais e seus conflitos. A psiquiatria da "desinstitucionalização" pretende uma transformação no campo do saber, das práticas profissionais, educacionais e institucionais da Saúde Mental. Essas transformações estão em consonância com a transição paradigmática e vislumbram a construção de um "paradigma emergente", pois se distanciam do paradigma clássico, inaugurando, tanto na prática como no discurso, contextos criativos e inovadores, sobre o adoecimento psíquico dos sujeitos (MACHADO; COLVERO, 2003).

Rotelli et al (2001), ao se referir à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial, expressa a necessidade da ruptura da causalidade linear doença-cura e problema-solução como base da intervenção na existência-sofrimento do sujeito e a reconstrução de sua historicidade, por meio de movimentos que vislumbrem a complexidade e as demandas particulares de cada pessoa. Ainda segundo o autor, isso remete à realização de práticas dinâmicas num constante processo de reconstrução/superação, onde são produzidas possibilidades novas e plurais. A estagnação resulta em institucionalismo e conseqüentemente em estados de cronicidade. Possibilitar às pessoas tornarem-se empreendedoras e sujeitos da própria história deverá se constituir, por excelência, num compromisso primordial assumido pelos serviços.

Já para Saraceno (1999, p. 103), a reabilitação se refere ao conjunto de ações que objetivam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a sua deficiência. No caso do transtorno psíquico, isto originaria a diminuição dos danos. Assim sendo, para que ocorra uma efetiva reabilitação, é essencial que haja a reinserção da pessoa na sociedade. Ao crer que não é capaz ou que é impotente frente à dinâmica de sua vida, surge um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada à medida que acontece um apoio por parte da rede social.

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar.

Deste modo, a cura não é a única meta a ser perseguida. Os objetivos terapêuticos vão além, referem-se ao resgate da cidadania e da potencialidade do indivíduo, buscando sua reintegração e reinserção social. A doença mental deve então ser "colocada entre parênteses" e o olhar deve ser direcionado ao sujeito, contrariamente à tradição do saber psiquiátrico, que se ocupava especificamente da doença, desprezando todo o conjunto de determinações políticas, biopsíquicas e sócio-culturais que a constituem (ROTELLI, 2000).

Amarante (1994), na tentativa de uma melhor explicitação desta atitude, assinala que colocar a doença entre parênteses não significa negá-la, no sentido de negação de que existe algo que produza dor, sofrimento, mal estar, e sim, a recusa à aceitação da total competência do saber psiquiátrico na compreensão e atuação sobre o fenômeno da loucura, reduzido assim ao conceito de doença. A pessoa é vista em sua integralidade e complexidade, como organismo multidimensional que, em constante processo de expressão psíquica e social, realiza trocas constantes com o meio.

Esta atitude, caracteristicamente husserliana, revela um rompimento com a aceitação do poder absoluto do saber psiquiátrico sobre a existência do sujeito, e o seu sofrimento. Reflete a intenção de lidar com o sujeito e não com a doença.

Heller (2000, p. 58) assinala que a doença mental, quando observada sob o ponto de vista do universo das relações cotidianas, passa a apresentar outra aparência, sugerindo a existência de algo que extrapola o sentido do desvio e que está relacionado à dimensão social da vida.

A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem sem nenhuma exceção. O cotidiano também é o espaço da particularidade, o que caracteriza os modos pessoais, a forma singular de cada indivíduo viver a sua própria vida e constituir-se enquanto sujeito histórico. A vida cotidiana não está fora da história, mas no 'centro' do acontecer histórico: é a verdadeira 'essência' da substância social.

A vida social fica assim, reduzida a um aglomerado de indivíduos que perderam sua identidade, suas peculiaridades e os comportamentos seguem um padrão estabelecido pelas normas, onde as subjetividades são controladas e os desejos são negados. A lógica da sociedade não comporta a falta de lógica dos desviantes.

Esta questão é melhor esclarecida por DallaVecchia (2006, p.57), ao colocar que o que torna um homem único e diferente são suas singularidades, seu mundo privado, mas que, no entanto, esta identidade individual é uma construção sócio-histórica inseparável do

indivíduo. “Assim, as coisas, o mundo, o indivíduo, o pensamento, a linguagem, são partes da construção humana de significações e representações”.

Depreendemos a partir do exposto, que a subjetividade não pode ser vista como algo natural e acabado, e sim como produto das redes da história, por meio dos registros coletivos sociais e culturais, o que lhe confere um caráter de coletividade. Subjetividade, portanto, “não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (GUATTARI, 1986).

Neste sentido, ao tentar reforçar o exposto anteriormente, buscamos em Arendt (2007) uma maior explicitação da condição do homem, quando afirma que o existir humano abrange mais do que as condições na qual a vida lhe foi dada. O condicionamento humano se origina em sua existência e a partir do seu contato com o mundo, que por sua vez, deve ao homem a condição de existir e o condiciona numa relação de co-existência.

Ao transformar a forma de intervenção sobre a doença mental, o técnico extrapola os princípios da psiquiatrização, abrindo mão das interpretações da loucura como doença, erro ou incapacidade, amostras do exercício da normatividade. A loucura é observada sob a ótica da expressão diferente e peculiar que o sujeito encontrou de viver no mundo. Funcionaria então, de acordo com Rotelli et al (2001) a desconstrução da clínica (psiquiátrica), destituída do poder-saber médico sobre a doença, momento em que o diagnóstico cederia lugar à tomada de responsabilidade e a ênfase recai não mais sobre o processo de cura, e sim no projeto de reinvenção da saúde.

Ora, a reinvenção da saúde por sua vez, ao estabelecer um corte na tutela médica, conduz à produção de autonomia, emancipação, cidadania e principalmente, de vida, dando novos sentidos aos atos terapêuticos. As relações que se formam entre as instituições e os sujeitos aos baseados na abertura à criação de novas formas de expressão da loucura e de se mostrar ao mundo, que seria sua reinserção social.

O sujeito-cidadão, marcado pelos princípios de igualdade e liberdade, passou a ser considerado a partir de aspectos inerentes a todos os homens e que os caracteriza como membros de uma mesma espécie natural: o homem livre e igual faz parte da natureza, desencantada, isenta dos preceitos religiosos. Assim, o ideal a ser conquistado é o livre-arbítrio do sujeito-cidadão.

Entretanto, como todo movimento instituinte, a tentativa de recolocação do louco no seio social, a partir da assimilação de uma nova subjetividade, corre grandes riscos de perder seus princípios e sua finalidade. Referimo-nos aqui à possibilidade de translocação do manicômio para os ambientes extra-muros, através da aplicação dos mesmos dispositivos do paradigma psiquiátrico na condução da loucura, ou seja, a práxis do trabalhador de Saúde Mental pode revelar a visão de tutela e aprisionamento do saber medicalizado (AMARANTE, 1995).

Existe assim, um amplo leque de proposições para mudanças e um universo que contém muitas incertezas e paradoxos, formando um cenário de desafio para a construção de um campo de práticas e saberes capazes de abarcar a pluralidade de determinações que recaem sobre o sujeito marcado pelo transtorno psíquico.

A rede de relações que atua na produção da subjetividade implica na participação e transformação do ambiente natural e social, sendo considerados em sua dinamicidade envolvendo conceitos como o de comunicação, aprendizagem e formação de vínculos. Nesse modo de assistência, o contato mais imediato da equipe de saúde com a realidade do usuário se mostra como um fator preponderante para a eficácia terapêutica, pois as diversas relações de cumplicidade e confiança estabelecidas entre ele e a equipe de trabalhadores se constituem em verdadeiros atos terapêuticos (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Partindo-se de uma compreensão histórico-social e multideterminada do fenômeno do transtorno psíquico, a rede social que compõe o conjunto das suas relações participa do processo de reinserção do usuário, assumindo conjuntamente com a equipe a responsabilidade pelo cuidado ao sujeito acometido de transtornos mentais, que por sua vez, tem vital importância na dinâmica de sua reabilitação e pertinência ao grupo familiar e social, sendo observadas como fatores de relevância no tratamento (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006).

O foco do diagnóstico, do tratamento e da cura diz respeito à compreensão dos diversos aspectos que interagem na complexidade da existência do sujeito, o que exige a atuação de uma equipe interdisciplinar e interprofissional. Além disso, a exclusão da noção de reificação do paciente estabelece a crença de que a sua inclusão no ambiente familiar e social são essenciais para a melhoria de sua condição.

Com relação ao princípio da interdisciplinaridade, Costa-Rosa (2000) alerta para o fato de que ela possui caráter essencialmente interativo e dialógico, rompendo com a tradição



dos saberes e práticas fechados em seus campos e desprivilegiando a hegemonia do modelo biomédico como o portador de uma certeza absoluta diante da vivência de sofrimento do sujeito. Tal pressuposto é enfatizado na afirmação de que participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucional, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Diante do cenário de transformação de paradigmas, pode-se considerar que a tendência atual aponta para práticas de atenção que objetivam a inclusão social do sujeito, exigindo a criação de alternativas eficazes, além de ter a tarefa de desconstrução do paradigma hospitalocêntrico. Nesse sentido, o papel da instituição deve assumir uma nova face ao adquirir o caráter de espaço de interlocução, indicando outros contextos possíveis de intervenção no espaço social, caracterizado como o território. Estes espaços passam a funcionar como possibilidades da instauração de estratégias e dispositivos que venham a propiciar vínculos e novos modos de significação na existência do indivíduo, assumindo uma função organizadora da rede local de Saúde Mental (FURTADO, 2001).

Apresenta-se neste aspecto, uma aproximação entre autores que propõem o conceito de território, no lugar de comunidade. Esta postura, advinda da Psiquiatria Democrática Italiana, é defendida por Delgado et al (1997) ao sugerir a compreensão do território como o contorno regional da assistência, não podendo, portanto, se limitar ao bairro onde o sujeito reside e sim a algo mais amplo, abrangendo as referências sociais, culturais e econômicas que transversalizam seu cotidiano, seu modo de andar a vida e sua inserção no mundo. Claro está que essa noção remete à idéia de território subjetivo (TENÓRIO, 2002).

Corroborando com essa idéia, a definição do conceito de território expressa pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 24) é a seguinte:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Deste modo, inferimos que as ações de Saúde Mental devem ser orientadas pelo contexto do território, compreendido como local de construções simbólicas e de sentimento de pertença subjetiva do usuário, manifestando, portanto, o território existencial. O trabalho no território, de acordo com Nunes et al (2007), tem como finalidade principal a reabilitação/reinserção do indivíduo, convocando a participação da coletividade e incluindo o usuário, a família e os demais atores que interagem no espaço territorial. O intuito é propiciar respostas alternativas ao transtorno mental do usuário, tornando possível a emergência de novos contratos sociais transformadores de realidades subjetivas.

A conquista de novos espaços como possibilidade de resgate da autonomia das pessoas portadoras de transtorno mental e a constituição de projetos de ressocialização significam uma nova configuração da operacionalização da produção do cuidado em Saúde Mental. Pensar desta maneira implica na origem de um modo distinto de pensar o sujeito, que passa a ser não tão somente aquele que porta a doença mental e que pode necessitar de uma atenção terapêutica específica, e sim alguém que experiencia um sofrimento que atinge vários segmentos de sua vivência.

A inversão do modelo assistencial, portanto, se torna concreta, por meio de uma lógica que procura responder aos problemas de saúde/doença da comunidade de um modo mais amplo, compreendendo a indissociabilidade entre a produção da saúde e as condições ambientais, sociais e econômicas locais (SILVEIRA, 2003).

A emergência desse novo paradigma, designado por Costa-Rosa (2000) como modo psicossocial, pressupõe uma diferente vinculação entre os atores envolvidos, organizada em torno da noção de cuidado. A forma como se configuram as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários é alvo potencial desta nova contratualidade entre os envolvidos no processo de co-produção da saúde e do cuidado em Saúde Mental.

De acordo com Costa-Rosa (2000), o modelo (modo) psicossocial pode ser conceituado segundo quatro parâmetros: 1) Em relação ao objeto e aos meios de trabalho, preconizando a implicação subjetiva do usuário e a horizontalização das relações interprofissionais e para com a população da área; 2) Em relação às formas de organização das instituições, propondo a reorientação na tentativa de realizar uma distribuição horizontal e a distinção das esferas de poder; 3) No que se refere ao aspecto espaço-geográfico, imaginário e simbólico da instituição, tomando o território como referência e a integralidade das ações que ali são realizadas; 4) Quanto à ética dos efeitos das ações em Saúde Mental, assinala a

superação da ética da adaptação para uma ética pautada na meta da produção de subjetividade singularizada.

Deste modo, o cenário revelado, indica uma constante ruptura com os antigos paradigmas que, embora estejam sendo também constantemente contestados, ainda são permeados por ações no campo da atenção à Saúde Mental que apontam para a necessidade urgente da desconstrução cotidiana de velhas práticas e da invenção incessante de novos espaços de atenção e modos de cuidar das pessoas em grave sofrimento psíquico (SILVEIRA, 2003).

## **2.2 Tecnologia das relações e o cuidado do outro: encontros e desencontros entre trabalhador e usuário.**

Com a emergência de um novo paradigma para a Saúde Mental com vistas a superar o modelo biomédico e psiquiátrico caracteristicamente curativo e hospitalar, surge a necessidade de um aperfeiçoamento institucional com uma nova forma de produção da saúde, que tenha como premissa os modos de cuidado às pessoas em transtorno psíquico comprometidos com a subjetividade dos envolvidos.

O modelo de atenção que se dispõe a atingir os objetivos dos serviços de saúde e a satisfação dos usuários deve ser baseado numa concepção do processo saúde-doença e num arcabouço de práticas específico (MENDES GONÇALVES, 1992). Tal modo de operar, conforme afirmação de Silva; Fonseca (2005) demanda uma consistência interna entre os elementos formadores do processo de trabalho-objeto, finalidade, instrumentos e a ação dos trabalhadores para efetivamente se objetivar em um produto.

Compreendemos então, que as práticas no campo da Saúde Mental devem responder às demandas mais ampliadas e menos distorcidas dos resultados do processo saúde-doença (doença propriamente dita), manifestadas nas exigências por serviços de saúde. A busca pode se expandir para outras dimensões que também estão situadas na gênese dos problemas de saúde (formas de inserção no trabalho e na vida dos grupos sociais e na reprodução da sociedade).

Para Merhy; Onocko (2006 p. 57), essa posição se apresenta coerente com a base teórica de reorientação do modo de atenção que propõe a concepção de saúde como processo e não como a não-existência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde.

Diante da nova perspectiva de atendimento ao portador de transtorno mental, exige-se que parece que este conceito positivo de saúde exprime também uma busca contemporânea destes dois campos de saber para trazer ao planejamento das ações de saúde a co-responsabilidade por outras dimensões do adoecer e do sofrimento humano, postas em jogo quando se coloca a produzir saúde. E, esta co-responsabilidade é, há algum tempo, foco das preocupações do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, expresso, por exemplo, no reconhecimento da necessidade de implementação de ações intersetoriais, que atendam a outras necessidades do sujeito, e não somente àquelas reconhecidas como pertencendo ao campo da saúde.

Ainda no que se refere ao atendimento, Alves (2001) analisa que, tendo em conta que as necessidades de saúde da população são dinâmicas e complexas, se torna imprescindível a utilização de dispositivos, também dinâmicos e flexíveis para a escuta, tradução e atuação dos serviços. Deste modo, faz-se necessário compreender o objeto da prática no campo da saúde não somente a promoção e proteção da saúde ou a cura, e sim, a produção do cuidado, por meio do qual se buscam melhores condições de qualidade de vida e de potencialização do sujeito (MERHY; ONOCKO, 2006).

Considerando que a integralidade ainda é um conceito em construção no sistema de saúde, podemos considerar uma definição que a direciona no sentido de ser um modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, de um cuidar cujas bases se referem a numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003; MERHY, 1997).

Pinheiro (2001) reforça esta afirmativa e acrescenta que, desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas intervenções que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Com base nessa perspectiva, MENDES GONÇALVES, (1994) assinala que as relações que ocorrem no processo de trabalho na área de saúde são orientadas por tecnologias, entendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam os processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformadas em uma totalidade social, que é constituída não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais.

O termo “tecnologia” usualmente remete à associação com recursos materiais, máquinas ou ainda equipamentos de hardware. Entretanto, em saúde, essa compreensão está

ligada a máquinas de diagnóstico, recursos laboratoriais e técnicas mais precisas. Neste sentido, Lalande (1993, p.1109) aponta para o fato de que tecnologia é um conceito que não se refere exclusivamente a uma técnica. E está relacionado a:

(...) conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis... São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos.

Percebemos nitidamente que o foco da afirmativa desse autor está na definição de procedimentos claros e universais com objetivos definidos e assimilados como importantes e passíveis de transmissão através do processo de ensino-aprendizagem. O conceito de Lalande (1993), dessa forma, reforça a compreensão de tecnologia como saber fazer de maneira estruturada, universal e objetiva, deixando pouco espaço para a particularidade e a subjetividade.

Por outro lado, podemos localizar em Santos et al (2007) o contraponto para o conceito anterior, já que, ao parafrasear Mendes Gonçalves (1994, p. 03), traz a definição de tecnologia como

(...) um conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social, que é constituída não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais.

Isto posto, observamos a evidência das relações interpessoais na expressão da produção do serviço, extrapolando assim a definição de tecnologia como baseada somente na objetividade do saber fazer. Esta proposta traz inclusive a compreensão da subjetividade e do não-material, ou seja, daquilo que não se pode medir ou palpar, como as relações interpessoais.

Esse novo enfoque é complementado pela classificação de tecnologia apresentada por Merhy (2002), referindo-se àquela que extrapola a noção de maquinário. De acordo com o autor as tecnologias devem ser consideradas em três tipos: dura, leve-dura e leve.

O que Merhy (2002) denomina de tecnologia dura é o que envolve a compreensão de tecnologia no entendimento mais comum do termo. Isto é, refere-se a tudo aquilo que inclui a operacionalização de máquinas e equipamentos, assim como normas e estruturas organizacionais que compõem o serviço em saúde.

Tecnologia leve-dura é aquela que compreende os saberes que atuam no processo de trabalho em saúde. Como o próprio autor comenta, é menos dura, por não se tratar de

ferramentas e aparelhos. Dessa forma, é considerada leve por se tratar de saberes que a partir do momento que se adquirem, passam a fazer parte do indivíduo e de como ele atua sua prática. E ao mesmo tempo é dura, por se tratar de saberes estruturados, padronizados, normalizados e organizados. Nessa classificação se encontram o saber do médico, do psicólogo, do enfermeiro e outros profissionais.

Já a tecnologia denominada leve é aquela que considera as relações resultantes do trabalho em saúde através da produção de vínculo, acolhimento e gestão. Essas relações vão surgir a partir do cuidado implícito à produção do trabalho em saúde que, se feito de forma humanizada, suscitará essa tecnologia não-material tão importante para a satisfação do serviço produzido. Assim ela acontece a partir de

(...) um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2002, p. 05).

De acordo com essa proposição, o encontro de dois sujeitos gera a produção de vínculo e a possibilidade de experiência de confiança e esperança, que são consideradas na sua relação com a produção de saúde mental e de como essa relação se desenrola na sua origem de desenvolvimento e em relações posteriores.

No que tange ao vínculo é importante ressaltar que o homem ao nascer se encontra totalmente dependente do outro, exigindo cuidados intensos para sua sobrevivência, o que não acontece com a maioria dos animais. Portanto, as conseqüências emocionais e fisiológicas advindas do cuidado ou de sua ausência são extremamente relevantes no desenvolvimento global do indivíduo (BOWLBY, 2001).

Merhy (1994, p. 138), ao tratar da conceituação de vínculo no encontro trabalhador-usuário, afirma que esta noção se encontra diretamente relacionada à noção de responsabilidade e compromisso. Em sua concepção,

(...) criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

O vínculo, nesta perspectiva, se revela como uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade.

A compreensão do conceito de vínculo envolve a noção de responsabilização, não apenas do trabalhador de saúde, mas de toda a equipe, diante dos problemas de saúde individual e coletivo. Para tanto, é preciso estabelecer e desenvolver a relação instituição – trabalhador – usuário, de modo que possibilite à equipe de saúde participar do cotidiano da comunidade, com vistas à ampliação do espaço para conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, em seu contexto social (MERHY, 1997).

No entanto, as relações entre os trabalhadores de saúde e usuários devem ser observadas como construídas e permeadas historicamente por diferenças de poder baseadas no saber técnico: quem fala detém o poder de prescrever ao outro como proceder. O vínculo, entretanto, pressupõe outra forma de relação, com horizontalização e reconhecimento do outro como detentor de poderes/direitos e saberes/culturas (REIS, 2007).

É, portanto, nesse sentido que Franco; Bueno; Merhy (1999) reconhecem que sem ‘acolher’ e ‘vincular’ não é possível ocorrer a produção desta responsabilização, que implica em impacto efetivo nos processos sociais de produção da saúde e da doença.

Nos processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, o acolhimento é proposto também como elemento constituinte, buscando a responsabilização clínica e sanitária por meio de práticas de intervenção resolutiva. Com base nesse pressuposto, é impossível viabilizar a produção da responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A compreensão do conceito de acolhimento exige um olhar voltado para o entendimento do homem como ser ético-estético-político, que envolve a postura de perceber o outro como alvo de reconhecimento e aceitação de seu modo de vida (peculiaridades, idossincrasias), o que é realizado por meio de recursos objetivando essencialmente a valorização da dignidade humana. Tal compromisso é, portanto, de caráter coletivo, ou seja, esse “estar com” é manifesto nos diversos encontros que possibilitam a potencialização de autonomia, protagonismo e de vida (BRASIL, 2005).

Para Malta et al, (2000) a prática do acolhimento é um momento tecnológico com possibilidade de produção de uma atenção qualificada que constrói vínculos, promove cidadania e autonomiza o usuário. Assim sendo, se configura como a via de acesso ao

acompanhamento, vigilância com priorização de riscos e agravos e estreitamento de vínculos com os usuários, que são reconhecidos como sujeitos de direito.

É de fácil inferência que, diante dos aspectos conceituais apresentados, o acolhimento se apresenta como uma atitude caracteristicamente humana e que está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, ainda que não seja tão evidente ou tão almejado. As relações da atualidade são permeadas por encontros fulgazes e isentos de sensibilidade, o que pode ser denominado de processo de “anestesiamento”, quando se produz indiferença e se evita a escuta do outro em relação às suas necessidades e diferenças. O que se busca com esta postura é um questionamento pertinente neste momento, contudo, pode-se cogitar que essa atitude de distanciamento gera uma falsa sensação de segurança e proteção do sofrimento (BRASIL, 2004).

Conhecer as conseqüências deste modo de estabelecer relacionamentos também surge agora como uma pergunta válida. Podemos imaginar que são originados a partir da negação de envolvimento genuíno com o outro e da impossibilidade de construção da própria humanidade, ou seja, a insensibilidade, o anestesiamento diante da fragilidade dos relacionamentos limitam sobremaneira as forças de invenção do novo num contínuo processo de ser “com” o outro, tendo como cenário de produção da vida o coletivo, fundamentado no compartilhamento dos diferentes modos de trabalhar, sentir e produzir (BRASIL, 2004).

A transposição dessas reflexões para o campo da saúde e suas práticas leva, inevitavelmente, à percepção de que, na produção de saúde realizada nos modelos de atenção dos serviços objetivada na construção e efetivação do SUS, o acolhimento se apresenta como um grande desafio. O princípio da universalidade e a responsabilização pela saúde do usuário ainda constituem metas a serem alcançadas pela atenção e gestão dos serviços públicos (SANTOS et al, 2007).

O acolhimento diz respeito, sobretudo, à resolutividade e à responsabilização, viabilizadas pelos modos de operar os processos de trabalho em saúde. A idéia de acolher nada mais é do que uma forma a atender a todos aqueles que buscam os serviços de saúde, manifestando suas necessidades. Escutar os pedidos e procurar oferecer respostas mais adequadas aos usuários são atitudes que solidificam a constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços (MERHY, 2007).



A organização dos processos de trabalho surge então como a principal questão a ser enfrentada para a mudança efetiva dos serviços de saúde, para que esses operem de modo focado no portador de transtorno mental e suas necessidades. Dessa forma, o processo de trabalho dos profissionais exige a interação de saberes e práticas, necessárias ao cuidado integral do usuário.

A compreensão de Reis (1997, p. 03) sobre o acolhimento e o processo de trabalho em saúde também envolve aspectos como a responsabilização e a formação de vínculos

[...] se põe enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado às relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo [...] o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas.

Para tanto, é preciso inverter as tecnologias de cuidado para serem utilizadas na produção de saúde, centrando-se nas tecnologias leves e leve-duras para que o serviço seja efetivamente produtor de cuidado, no estabelecimento de conexões intra e/ou interinstitucional por meio de algumas estratégias básicas, tais como: apoio para inserção social, visita domiciliar, grupos e oficinas terapêuticas entre outros, que visam, sobretudo, à garantia dos direitos dos usuários (SANTOS et al, 2002).

Com relação ao trabalho em saúde, Merhy (2007, pp. 51, 52) propõe que ele não pode ser capturado completamente pela lógica do trabalho morto, revelado nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, e sim na operação de tecnologias de relações, de encontros de subjetividades. E acrescenta “a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final (...)”.

Portanto, as práticas de acolhimento, vínculo e autonomização, consideradas tecnologias de relações, se manifestam no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário, considerado como trabalho vivo e que tem como objetivo final produzir um ato de saúde (MERHY, 2007).

Dimenstein (2004) esclarece que, em busca da construção de novos sujeitos e práticas em saúde, o cuidado é imprescindível, pois traduz a mudança de concepção no que se

refere ao campo do cuidar. A perspectiva do cuidar como zelo pela vida tem implicações importantes, pois se trata de um processo de produção de novas subjetividades entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, subjetividade vislumbrada como a maneira particular de cada um de sentir, ver e estar no mundo. Esses atores devem ser reconhecidos como produtores de modos singulares de existência, de enlace social, de produção de desejo e a ruptura (desterritorialização) com as formas de subjetividades dominantes que reproduzem as relações sociais e o *status quo*.

No que se refere ao cuidado, apontamos como uma de suas conceituações:

o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999, p. 34).

O cuidado é um aspecto presente no ser humano desde seu nascimento e também está na origem de todas as culturas da civilização. A palavra 'cuidado', para alguns estudiosos, é derivada do latim *cura*, para outros ela vem de *cogitare*, que significa dar atenção, zelar. Em todas as sociedades, entretanto, as formas de cuidado se desenvolveram com o objetivo principal de assegurar a continuidade da vida e evitar a morte. No decorrer do tempo, cada civilização desenvolveu suas próprias manifestações de cuidado, que foram influenciadas pela cultura local e repassadas, ao longo dos anos, através da tradição oral (COLLIÉRE, 2003).

Deste modo, o cuidado apresenta a possibilidade de ser visto como objeto do conhecimento humano se fazendo presente no ato e nas relações estabelecidas nos confrontos sociais. A prática, entretanto, se revela como o próprio ato de cuidar manifestado em ações. O ato de desenvolver práticas terapêuticas expressa ações de cuidado no desejo e na busca da melhoria do estado de saúde do outro. Para tal, tanto o conhecimento científico como o popular de saúde podem ser empregados nesta empreitada.

Pinheiro; Guizardi (2006) afirmam que a noção de cuidado deve ser apreendida não como um nível de atenção do sistema de saúde ou procedimento técnico, e sim, como uma ação integral, "entre-relações" de pessoas, ocasionando repercussões de interações positivas entre usuários, trabalhadores e instituições. Cuidar pode ser traduzido como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

O cuidado em saúde diz respeito, entre outros fatores, a uma relação usuário/trabalhador de saúde preocupada em apresentar uma postura de inclusão e escuta

genuína da subjetividade do usuário, sem deixar, todavia, de perseguir a meta de atendimento das necessidades amplas deste sujeito. Isto nos aponta que, embora se mostre sob diferentes formatos e interpretações, o cuidado está relacionado, basicamente, a um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta do usuário num sentido mais abrangente e global, em que a singularidade e a especificidade do sujeito emergem, sempre levando-se em conta a pertença deste sujeito a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser alijado (PINHEIRO; MATOS, 2004).

Assim, algumas observações devem ser explicitadas para uma melhor compreensão do termo, no que se refere a "juízos" de interpretação. O primeiro pressuposto de cuidado diz respeito à aplicação da liberdade em contraposição ao isolamento, o que inclui aspectos como o respeito às diferenças individuais e o investimento na capacidade do sujeito na operacionalização de suas próprias escolhas. A segunda premissa fundamental é a que se refere à integralidade em negação à seleção. Ou seja, o olhar deve ser deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem o "andar a vida", buscando a facilitação de projeto de vida, o que é fundamentado pelo foco na atenção ao indivíduo em lugar de identificação dos sintomas. Um terceiro aspecto é o enfrentamento do problema e do risco social (levando em consideração a rede social que o sujeito está inserido) em oposição ao modelo de razão explicativa (nosológico), resultando no diagnóstico clínico (ALVES; GULJOR, 2006).

Ainda segundo Alves; Guljor (2006, p. 229), este cuidado se refere ao direcionamento do olhar para a singularidade de cada situação, sempre buscando enfatizar a capacidade do sujeito de ampliar seu potencial de realização de trocas sociais. "Ou seja, para cada pessoa um projeto, porque para essas pessoas a construção de seus projetos de vida se efetiva no âmbito do que ela incorpora como um direito, e do que nós, profissionais, entendemos enquanto tal".

Os novos dispositivos de atenção à Saúde Mental visam, primordialmente, à busca da cidadania do portador de transtorno psíquico, se baseando na possibilidade de uma relação de cuidado no modo pessoal, o que se distingue do cuidado ocorrente na instituição psiquiátrica caracterizado pela "substituição" (GARCIA; JORGE, 2006).

Diante desta perspectiva, o conceito de cura deixa de ser o ponto central desta prática, visto que expressa a noção de intervenção, de tentativa de readequar um funcionamento incorreto e ainda afirma o papel da equipe de cuidado como agenciadora, acompanhando o caminhar do sujeito e agindo como mediador das suas relações com o meio social.

Para Merhy (2006), o papel de gerenciador de cuidado, entretanto, exige a utilização das ferramentas das tecnologias leves nos relacionamentos e nas formas de gestão, estando assim capacitado a atuar sob a perspectiva do acolhimento, da responsabilização e do vínculo na promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Ainda de acordo com o modelo proposto, na compreensão de Alves; Guljor (2006), a equipe de cuidado e o serviço devem negar o ato constante de “encaminhar” o usuário e assumir a responsabilidade por acompanhá-lo em sua trajetória, constituindo-se deste modo, como mediador das relações do sujeito com o mundo.

Por essa lógica, corroboramos com Ayres (2000), quando aponta que o modo de produção do cuidado em saúde pretende viabilizar a produção de procedimentos e cuidados, desenvolvendo-se por meio de arranjos transdisciplinares e fundamentados numa multirreferencialidade, proporcionando o envolvimento dos gestores do cuidado como responsáveis pelos resultados e como cuidador.

Merhy (2007) propõe algumas questões no que concerne à produção do cuidado e ao cuidador, afirmando que no espaço do encontro com o usuário, ocorre a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório. O autor apresenta a idéia de que todo profissional de saúde é um produtor de saúde e conseqüentemente um operador do cuidado, e por isso sempre atua clinicamente, pois como produtor de cuidado, o profissional opera por meio de tecnologias leves (acolhimento, responsabilizações, autonomizações, vínculos) e torna-se então responsável pelo “projeto terapêutico” do usuário, tendo ainda que administrar as relações com os diversos núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção.

Entendemos, deste modo, que é na construção deste projeto terapêutico que ocorre a síntese da competência profissional e da competência cuidadora, podendo o profissional, assim, construir modos de intervenção restauradores. O cuidado então, além de se constituir como uma atividade humana, se manifesta também como uma dimensão de gestão do trabalho.

A superação da prática terapêutica individualizada, unilateral e dominante para o pólo-profissional pressupõe o tratamento de saberes e a construção de uma nova estrutura teórico-prática na instituição da relação entre sujeitos (usuário-trabalhador de saúde). A atenção psicossocial se efetiva por meio de práticas descentralizadas, integradas (e integradoras) e democráticas que tenham o respeito ao portador de transtorno mental como centro deste processo terapêutico, e para tal é indispensável que ocorra um novo

direcionamento do processo de trabalho das equipes buscando proporcionar o resgate tanto dos trabalhadores como dos usuários (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

A substituição do modelo manicomial por meio da desinstitucionalização urge a necessidade da construção de uma rede de atenção substitutiva que favoreça o crescimento e desenvolvimento do campo relacional, constituindo uma nova definição para o objeto de intervenção, práticas terapêuticas e objetivas da assistência em Saúde Mental.

Alves; Guljor (2006, p. 229), ao discutirem as premissas do cuidado em Saúde Mental afirmam:

No caso da nossa clientela, no cuidado em Saúde mental para pessoas com problemas geralmente persistentes e graves, o desafio é o aumento do poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental. Ou seja, para cada pessoa um projeto, porque para essas pessoas a construção de seus projetos de vida se efetiva no âmbito do que ela incorpora como um direito, e do que nós, profissionais, entendemos enquanto tal. Esse direito é compreendido como uma atitude perene.

Entendemos assim, que o cuidado é uma possibilidade de abertura para diálogos produtivos no campo de conhecimentos e também de práticas em saúde, dando corpo a ações que visam formar políticas de saúde atuantes em favor da vida.

### **2.3 Dispositivos na produção do cuidado em Saúde Mental: as abordagens terapêuticas grupais.**

A transformação do modelo assistencial aos transtornos psíquicos se constituiu, essencialmente, por meio das experiências no cotidiano dos serviços. Diante da emergência da necessidade de mudanças advindas do movimento de Reforma Psiquiátrica, o campo da Saúde Mental, é desta maneira, chamado a se refazer por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, objetivando, acima de tudo, a construção de uma nova composição de conhecimentos, fundamentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes.

Ao nos debruçarmos na tarefa de compreender a realidade das instituições psiquiátricas, observamos que esta refletia a situação de opressão, cronificação e exclusão representante do modelo da psiquiatria vigente, que se recusava a considerar a existência do indivíduo de forma integral, identificando-o somente como doente, o que justificava o isolamento e a violência dirigidos ao paciente. A Saúde Mental ainda se encontra, neste

paradigma, inserida na racionalidade científica que preconiza a clínica e a terapêutica como instrumentos de restauração da normalidade (CANGUILHEM, 1990).

A reflexão sobre a construção de uma nova forma de assistência ao portador de transtorno mental nos leva a pensá-la como um modelo distinto do tradicional, originado de concepções que fundamentem uma nova clínica. O primeiro aspecto a ser verificado diz respeito à idéia de que a Saúde Mental lida com um sujeito, e não somente com o portador de uma doença determinada pelo saber médico. O sujeito “é” nas relações que estabelece na família, no trabalho e em todo campo do coletivo, destacando as diversas redes de relações em detrimento da priorização do organismo biológico manifestado no determinismo do discurso científico. O controle do sujeito sobre sua existência por meio da restauração de sua capacidade de escolha e de auto-responsabilização é o foco central das intervenções terapêuticas que não estão focados exclusivamente, numa determinada disciplina ou profissão (TORRE; AMARANTE, 2001).

Com a intenção de propor novas práticas para a assistência ao doente mental, o modo psicossocial visa proporcionar uma compreensão da loucura e do papel social distintos dos apregoados pelo modelo psiquiátrico. Este modelo emergente vislumbra o portador de transtorno mental não como uma pessoa desprovida de razão ou alienada de suas funções, autonomia e responsabilidade, e sim como alguém que possui uma singularidade, subjetividade e a capacidade de atuar em sua própria história e em seu próprio tratamento (COSTA-ROSA, 2000).

A pessoa em sua integralidade e complexidade, como organismo multidimensional, em constante processo de expressão psíquica e social, e na realização de trocas com o meio, se encontra, de acordo com os pressupostos do modo psicossocial, no centro do processo terapêutico. Ao sujeito é atribuída vital importância na dinâmica de sua reabilitação e sua pertinência ao grupo familiar e social é observada como fator de relevância nos aspectos terapêuticos. Essa rede de relações implica numa participação e transformação do ambiente natural e social (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse caso, as relações são consideradas em sua dinamicidade, envolvendo conceitos como o de comunicação, aprendizagem e formação de vínculos. Portanto, neste modo de assistência o contato mais imediato da equipe de saúde com a realidade do paciente se mostra como um fator crucial para o tratamento.

O foco do diagnóstico, tratamento e cura, diz respeito à compreensão dos diversos aspectos que interagem na complexidade do sujeito, o que exige a atuação de uma equipe interdisciplinar e interprofissional. Além disso, as práticas de atenção devem objetivar a reinserção do paciente em seu ambiente familiar e social, o que é considerado condição essencial para a melhoria de sua condição. Tal direcionamento busca excluir a noção de reificação do paciente e exige a criação de alternativas eficazes.

Podemos considerar que, o princípio da interdisciplinaridade possui caráter essencialmente interativo e dialógico, rompendo com a tradição dos saberes e práticas fechados em seus campos e desprivilegiando a hegemonia do modelo biomédico como o portador de uma certeza absoluta diante da vivência do sujeito. Tal pressuposto é enfatizado por Costa-Rosa (2000, p. 160) quando afirma que “participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucional, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar”.

Neste sentido, o papel da instituição deve assumir uma nova face ao adquirir o caráter de espaço de interlocução, indicando outros contextos possíveis de intervenção no espaço social, o que se caracteriza como o território do sujeito. Estes espaços passam a funcionar como estratégias propiciadoras de vínculos e de novos modos de significação na existência do indivíduo, por meio dos encontros entre os atores envolvidos no processo (COSTA-ROSA, 2000).

É possível, portanto, afirmar que, o trabalho no território tem como finalidade principal a reabilitação/reinserção do usuário e convoca a participação da coletividade, incluindo os pacientes, a família e os demais atores que interagem no espaço do território.

A conquista de novos espaços como possibilidade de resgate da autonomia das pessoas portadoras de doença mental significa uma nova configuração da operacionalização da produção do cuidado em Saúde Mental. Agir desta maneira implica na origem de um modo distinto de pensar o sujeito, que passa a ser não tão somente o usuário que porta a doença mental e que pode necessitar de uma atenção terapêutica específica, e sim alguém que passa pela experiência de um sofrimento que atinge vários segmentos de sua vivência (SILVEIRA, 2003).

Considerando que o adoecimento não é um fenômeno individual, o sujeito não reflete somente a doença, e sim um modo de dar significado à sua existência. Daí a idéia de

que o melhor local para a construção de projetos de ressocialização seriam os territórios existenciais que são produzidos no espaço social, propondo a emancipação no lugar restritivo da cura, baseado, principalmente, nas relações subjetivas que se estabelecem entre o sujeito e os outros atores envolvidos em sua cotidianidade. Os objetivos vão além, se referem ao resgate de sua cidadania e potencialidade, buscando sua reinserção e reintegração social (FERLA, 2006).

Tais relações não têm seu alicerce na hierarquia de funções dentro da dinâmica do processo de trabalho, mas no caráter social que dá origem a outras formas de expressão da loucura, as quais podem ser de extrema criatividade e beleza, se manifestando numa nova forma de inserção da subjetividade da loucura no campo social (MENDES GONÇALVES, 1994).

Com a emergência desse novo paradigma para a Saúde Mental que supera o modelo biomédico e psiquiátrico, caracteristicamente curativo e hospitalar, surge a necessidade de uma nova forma de produção da saúde, que tenha como premissa os modos de cuidado às pessoas em transtorno psíquico comprometidos com a subjetividade dos envolvidos. Em síntese, torna-se necessário um aperfeiçoamento institucional, com a incorporação de novos saberes e práticas para a concretização da proposta de mudança do modelo com efeitos positivos também para a construção da cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

Considerando que maior obstáculo da Reforma é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, a tentativa de superá-lo está relacionada à necessidade da criação de alternativas consistentes e duradouras, além da efetivação da (des) construção do ciclo manicômio-dependente.

Torna-se imprescindível, para isso, a efetivação do resgate dos conceitos sobre saúde-doença mental que embasaram os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais estão sendo interiorizados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando assim comprometida uma mudança substancial e uma verdadeira superação das próprias práticas excludentes (TEIXEIRA, 2003).

Para responder aos objetivos dos serviços de saúde, e assim, satisfazer às necessidades dos usuários, exige-se um modelo de atenção baseado numa concepção do processo saúde-doença e um conjunto de práticas que requer uma consistência interna entre os elementos formadores do processo de trabalho-objeto, finalidade, instrumentos e a ação dos



trabalhadores para efetivamente se objetivar em um produto (MENDES GONÇALVES, 1992).

Compreendemos então, que as práticas no campo da Saúde Mental devem responder às demandas mais ampliadas e menos distorcidas dos resultados do processo saúde-doença (doença propriamente dita), manifestadas nas exigências por serviços de saúde. A busca pode se expandir para outras dimensões que também estão situadas na gênese dos problemas de saúde (formas de inserção no trabalho e na vida dos grupos sociais e na reprodução da sociedade).

O cuidado se apresenta sob as dimensões individual e coletiva, as quais não podem ser consideradas como reais e distintas, visto que interagem entre si de modo dinâmico. A dimensão individual compreende os aspectos da vida particular do sujeito, ao “agir positivamente” na busca de um crescimento pessoal, incluindo aí o cuidado de si sob uma perspectiva abrangente, extrapolando o aspecto da não-doença. Já o cuidado na dimensão coletiva diz respeito ao “agir social”, revelado nas práticas em grupos e traduzido no sentimento de solidariedade que, juntamente com o “agir positivamente” compõem o caráter emancipatório que o cuidado pode revelar (MACHADO et al, 2006).

A compreensão do paradoxo “produção de conhecimentos e produção de cuidados”, conforme referencia Merhy (2002) ao assinalar as tensões básicas características da produção de atos de saúde, envolve os processos de desenvolvimento de qualquer modelo assistencial. A lógica da produção do cuidado está voltada para o trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. Está centrada nas relações entre as pessoas, nos vínculos estabelecidos a partir dessas relações e no acolhimento, recursos das tecnologias leves que nos colocam factualmente frente ao outro da relação terapêutica. Tal modelo não exclui os procedimentos exigidos por cada situação, no entanto, eles não são a meta principal do trabalho.

Um segundo foco de tensão que deve ser observado é o do gerenciamento do cuidado em contraposição à produção de intervenções mais limitadas às competências específicas de determinados trabalhadores. No modelo centrado no saber médico, a equipe perde a oportunidade de ampliar a ação terapêutica visando a solução de problemas, o que, de certo modo reforça as competências especialistas de cada disciplina.

Para uma reflexão mais profunda sobre a essência do ato cuidador e de sua responsabilização frente ao sujeito que necessita ser cuidado, são oportunas as considerações de Ayres (2004, p. 76):

Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos?

Com relação à efetivação dos atos cuidadores, o novo modo de assistência aos sujeitos que manifestam transtornos mentais recoloca em foco a questão da interdisciplinaridade ou, mais radicalmente, da transdisciplinaridade, como um desafio que questiona os mandatos sociais e legais das profissões e suas rígidas fronteiras de competências exclusivas, reforçando a importância de dispositivos grupais e institucionais na democratização da gestão dos serviços e na produção do cuidado.

Consideramos importante assinalar que o modo de produção do cuidado em saúde deve viabilizar, sem detrimento entre si, a produção de procedimentos e cuidados, desenvolvendo-se por meio de arranjos transdisciplinares e fundamentados numa multirreferencialidade, proporcionando o envolvimento dos gestores do cuidado como responsáveis pelos resultados e como cuidador (MATUMOTO et al, 2001).

A superação da prática terapêutica individualizada, unilateral e dominante para o pólo-profissional, pressupõe o tratamento de saberes e a construção de uma nova estrutura teórico-prática na instituição da relação entre sujeitos (usuário-trabalhador de saúde).

Em consonância com a proposta de assistência psicossocial, Merhy (2007) aponta que, um ato de saúde, para ser efetivo, deve construir certas situações com seu objeto de ação e, deste modo, operar um ato tecnológico, ou seja, um ato que visa a realização de um certo produto. Assim sendo, o foco desse ato tecnológico irá apresentar-se conforme o paradigma que o embasa.

O usuário será considerado como um portador de necessidade / fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo que possui desajustes biológicos, como um ser sem subjetividade e sem desejos. Sob o olhar dos profissionais que trabalham com o modelo hegemônico tradicional, o usuário será mais segmentado ainda, pois será observado como um objeto para a produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos.

O autor assinala ainda que no momento em que se amplia o conceito de “cuidado médico” para “atos cuidadores”, as responsabilidades de produção das ações de saúde para equipes multiprofissionais também se tornam mais abrangentes, bem como a própria noção dos processos de trabalho. Com base nesta premissa, o modo de agir se articula a partir da integração de todos na elaboração de um plano terapêutico individualizado para cada usuário.

Consideramos, portanto, que o modo de agir em Saúde Mental baseado na produção do cuidado evidencia a busca de uma flexibilidade de ofertas terapêuticas, ampliando a valorização dos recursos das pessoas para lidarem com suas vidas, proporcionando autonomia e responsabilidade na condução de suas existências.

Para tal, Costa-Rosa (2000) alerta que o estabelecimento do modo psicossocial de produção do cuidado em Saúde Mental não implica na assimilação completa e absoluta de um modelo por parte de todas as instâncias que se referem às questões relativas ao sujeito com transtorno mental. Para tanto, necessita se apresentar sob o caráter de reinvenção, de possibilidade de ser articulado e remodelado de acordo com a complexidade de cada sujeito em particular. Para isso, precisa ser entendido sob uma perspectiva processual e não como um novo paradigma limitado em si.

Corroborando com esta proposta, Campos (2006) traz a idéia de que podemos considerar que na assistência com integralidade se exige a compreensão de novos saberes e práticas de saúde que abarquem o sujeito em todos os aspectos relacionados à sua vida, o que implica numa operacionalidade calcada na intersetorialidade. Compreende-se que o modelo biologicista é limitado, à medida que não consegue abranger a todos os aspectos e complexidades do sujeito. É necessário, portanto, extrapolar essa limitação para concretizar o efetivo atendimento integral.

Sendo assim, os serviços substitutivos devem ter o papel de superação do paradigma manicomial, direcionados por novas bases e valores éticos que venham a produzir uma forma inovadora de convivência social solidária e inclusiva. Torna-se necessária constante avaliação crítica para que tais serviços não venham a ser reprodutores dos modelos burocráticos tradicionais, afastando-se do ideal transformador que a nova proposta de atenção representa.

Neste sentido, os CAPS têm se constituído como dispositivos que buscam se configurar como substitutivos às internações psiquiátricas, oferecendo, além da atenção à

crise, um espaço de convivência e a criação de redes de relações que se alarguem para além dos locais das instituições, atingindo o território da vida dos usuários.

Alves; Guljor (2006) apontam que o CAPS não deve ser visto apenas como um lugar, e sim como um conceito operacional organizador de um cuidado em determinado território, exercendo a função de substituir o hospital.

No que se refere à finalidade dos CAPS, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 25) explica

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os princípios e diretrizes do CAPS encontram ressonância nas propostas de desinstitucionalização: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersetorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional (BRASIL, 2005).

Neste sentido, construção histórica de um movimento de Reforma Psiquiátrica que visa à manutenção do sujeito portador de um sofrimento psíquico no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da Saúde Mental com a demanda e, concomitantemente, relevantes questionamentos a respeito da sua própria prática (ALVES; GULJOR, 2006).

Entendemos, entretanto que, de acordo com Saraceno (1999), ressaltar a lógica da reconstrução da cidadania plena implica na ênfase necessária à questão da moradia, do trabalho, da cultura, do esporte e do lazer no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Por outro lado, Alves; Guljor (2006), discutindo sobre o risco de ambulatorização da “existência-sofrimento”, assinalam que as questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las.

Lacerda; Valla (2006) corroboram com esta premissa ao confirmarem a importância da ampliação da compreensão do sofrimento e da dimensão psicossocial do processo de saúde-doença, bem como da singularidade do sujeito e dos seus modos de adoecimento.

Vieira Filho; Nóbrega (2004), nesta perspectiva, assinalam que para a efetiva constituição de uma rede social de trabalho terapêutico é necessário um circuito interinstitucional integrado ao sistema de saúde geral, reivindicando a ESF enquanto porta de entrada para a saúde em geral e o CAPS, porta de entrada para a saúde mental, ambos com ênfase no território.

Com vistas à organização da assistência em saúde prestada nestes novos serviços, Rotelli et al (2001) nos chama a atenção para o fato de que eles devem, antes de tudo, buscar o rompimento com o modelo biomédico tradicional e penetrar no território intencionando favorecer as trocas sociais, produzindo sociabilidade e reinserção no corpo social. Assim sendo, o cuidado se torna o foco da estratégia de reabilitação psicossocial do usuário, englobando nesta perspectiva, a sua autonomia e o exercício pleno de sua cidadania.

A reabilitação do usuário se revela como a ação de restitui-lo a um estado anterior ou à normalidade da convivência em sociedade ou ao trabalho. Contudo, Pitta (1996) conceitua reabilitação psicossocial como o processo que facilita ao portador de transtorno psíquico, a reestruturação de sua capacidade de autonomia, por meio de suas funções na comunidade. Com base nos objetivos de desinstitucionalização e inclusão da Reforma Psiquiátrica, o usuário deve ser integrado nos diversos espaços comunitários, restituindo assim sua subjetividade nas relações com as instituições sociais, operando a possibilidade de recuperação da contratualidade (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Vasconcelos (2000) utiliza o termo *empowerment*, para se referir ao se referir ao apoderamento da saúde pelo sujeito, à valorização do poder contratual dos usuários nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade.

Observamos que, de acordo com este enfoque, o foco da preocupação e da atenção em Saúde Mental deve ser, antes de tudo, as pessoas e não a doença (ROTELLI et al, 2001). Deste modo, as relações se tornam relações de cuidado com o outro, onde o poder não é exclusivo a um saber e sim é compartilhado e existe um interesse genuíno em que todos cresçam.

Campos (2003) objetivando a reformulação e reconstrução ampliada do modelo biomédico propõe a concepção Paidéia, buscando introduzir na prática clínica os saberes provenientes da Saúde Coletiva, da Saúde Mental, do planejamento e, da gestão e das ciências sociais e políticas.

O compartilhamento clínico é viabilizado pelo desenvolvimento de um projeto terapêutico e de um mapeamento das vulnerabilidades (diagnóstico) para que ocorra uma co-responsabilização (profissional e usuário) frente à situação apresentada. Distintos conhecimentos de outras áreas, e não somente nas áreas de dimensão orgânica e biológica, também sistematizados (sociologia, psicologia, gestão, antropologia, dentre outros), devem ser incorporados ao projeto terapêutico (CAMPOS, 2006).

Ao considerar que a reabilitação psicossocial do sujeito deve abranger três aspectos atuantes na sua vivência e no modo de se mostrar ao mundo: casa, trabalho e lazer, Saraceno (1999), aponta a necessidade da utilização de estratégias que venham ao alcance da promoção da cidadania e emancipação do portador de transtorno psíquico. Dentre essas novas possibilidades de atenção encontram-se as práticas grupais.

De acordo com Souza et al (2004), as condições decorrentes da Reforma Psiquiátrica, tendo como foco principal a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico deram origem a um aumento considerável das ações de trabalho com grupos.

Podemos observar que, no campo da Saúde Mental as práticas grupais constituem um importante recurso terapêutico no conjunto dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, visando sobretudo, à humanização da assistência. No cenário da construção de um novo modelo de atenção à Saúde Mental, as práticas terapêuticas grupais são consideradas dispositivos, que na concepção de Baremlitt (1994) correspondem a uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtudes e cria o Novo Radical. Neste sentido, proporcionam a ocorrência do processo de convívio e a expansão da rede de relações, característicos do modelo psicossocial.

Pereira (2003, p. 86), no que concerne aos serviços substitutivos e à sua finalidade, expressa sua opinião da seguinte maneira:

Subsídios que permitam uma auto-organização dos diversos aspectos da história de vida dos sujeitos, tornando possível que este evolua para quadros de estabilidade em que se estabeleçam novos padrões de organização que facilitem sua inserção social e desenvolvimento de potencialidades encobertas pela experiência de convívio com o sofrer psíquico.

Diante dos objetivos centrais da Reforma Psiquiátrica, podem ser apontadas, a respeito da relação da reabilitação psicossocial com as práticas terapêuticas grupais que elas são efetivadas nos serviços de Atenção Básica no campo da Saúde Mental, manifestando-se como valorização do poder contratual dos usuários nas instituições e no poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade. Neste sentido, as abordagens terapêuticas de grupo atuam possibilitando o resgate de sua autonomia e seu direito de ir-vir (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

Embora a criação de novos dispositivos seja uma realidade concreta, o horizonte que se vislumbra no espaço da Saúde Mental ainda não é claro, mostra-se em crise, visto que pode significar a instalação de um processo instituinte de mudanças nos serviços assistenciais.

No entendimento de Rotelli et al (2001), a construção de uma nova assistência em Saúde Mental exige a estruturação de uma instituição baseada no objeto existência que sofre do corpo em relação ao corpo social, sendo feita de serviços de ruptura com a concepção de separação do modelo médico e que penetre no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido. As dimensões desses serviços devem, portanto, interferir na vida cotidiana, nos momentos da reprodução social, produtores de riquezas, trocas e de efeitos terapêuticos.

Ao realizarmos uma reflexão acerca do processo de transformação do modelo de assistência, através dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, se o fato revelar que tais dispositivos, por si só, não têm a capacidade de romper completamente com a lógica manicomial hegemônica. Inúmeras práticas consideradas reducionistas e excludentes ainda continuam a acontecer dentro dos serviços. Assim, o atendimento médico-centrado, a predominância da utilização do medicamento como principal instrumento terapêutico, a negação à participação do usuário na construção de seu projeto terapêutico, a insuficiente capacitação dos trabalhadores para atuar na área da Saúde Mental e Saúde Coletiva e as diversas dificuldades destes em exercer seu trabalho de maneira articulada com os demais setores sociais e serviços de saúde, são alguns dos muitos obstáculos que impedem a implementação eficaz e eficiente do modelo de atenção psicossocial (BRÊDA, 2006; BENTO, 2006; OLIVEIRA; ALESSI, 2005 e KODA; FERNANDES, 2007).

O número de internações psiquiátricas no Brasil ainda é classificado como um dos maiores gastos do SUS, apesar dos estímulos à desospitalização, tendo ainda o ambulatório como uma faceta da demanda bastante crescente, aspecto que cronifica a situação dos usuários dos serviços. Presume-se, portanto, que o modelo tradicional hegemônico ainda

existe e persiste em grande parte dos municípios brasileiros, e em alguns convivem paralelamente as duas lógicas de atenção.

Na revisão de literatura sobre as práticas grupais no decorrer da história da Psiquiatria, podemos observar que as atividades terapêuticas realizadas por meio dos grupos não apresentavam o caráter de promoção da cidadania, expressão de liberdade e convivência na comunidade, aspectos característicos da proposta de reabilitação psicossocial. Tais atividades passaram por transformações em suas peculiaridades e funções no curso do desenvolvimento do conhecimento humano e da psiquiatria (KAPLAN; SADOCK, 1996).

O objetivo central destas atividades consistia na ocupação aleatória do doente mental, enfocando as estratégias terapêuticas no indivíduo excluído de seu meio familiar e social. O poder hegemônico dominante se situava na figura do médico e na verticalidade das relações intra-institucionais, o que enfatizava a segregação, o preconceito, a alienação e a diferença (KAPLAN; SADOCK, 1996).

Corbisier (2006, p. 297), ao desenvolver uma análise a respeito das práticas grupais e sua relevância na assistência à Saúde Mental, expõe seu posicionamento quando afirma que

(...) o dispositivo dos grupos tende a promover efeitos nas equipes e nas pessoas atendidas, que o atendimento individual, pela sua própria estrutura, tem uma dificuldade muito maior de produzir: a possibilidade de relativização do mal-estar, a avaliação das múltiplas demandas, a oferta de tratamentos alternativos à internação, o esvaziamento da onipotência de um saber específico em prol da discussão de vários, a valorização dos recursos das pessoas para lidar com suas questões, a diluição dos preconceitos, a diminuição da psiquiatrização da clientela, para relembrar os mais importantes.

Sendo o homem um ser gregário por natureza, somente sobrevive por suas relações grupais e realiza grande parte de suas atividades diárias em grupos, desenvolvendo habilidades interpessoais, desempenhando papéis, participando nos processos coletivos e estabelecendo redes complexas de interação social.

Para reforçar tal concepção, apresentamos a proposição de Ávila (2004), que, resgatando a visão freudiana, afirma que o homem é um ser em relação e que o outro é sempre presente em seu funcionamento psíquico e, conseqüentemente, em seu comportamento. Portanto, isto confirma a idéia de que o psiquismo humano seria moldado pelos vínculos estabelecidos a partir das relações, que por sua vez, têm origem nas identificações com os outros.



Ainda de acordo com Ávila (2004), o grupo apresenta sua origem e organização na experiência mental humana possibilitando, por meio da comunicação grupal, a expressão da conduta de cada membro, decorrendo daí uma mútua e constante influência entre os componentes de um grupo.

Podemos, portanto, afirmar que o psiquismo humano é resultado, nesse sentido, da apropriação das significações de atividades empreendidas por sujeitos específicos em contextos sociais variados, o que demarca a condição inexoravelmente social do ser humano, temática esta desenvolvida por vários pesquisadores.

No decorrer de sua existência, o homem participa de inúmeros grupos. O primeiro deles é a família, sendo fundamental para o seu desenvolvimento posterior, visto que é onde são estabelecidos os primeiros vínculos com o mundo exterior. Inúmeros outros grupos surgem ao longo do desenvolvimento do indivíduo, sejam eles temporários ou permanentes, voluntários ou involuntários, exercendo influências que podem ter efeitos momentâneos ou duradouros (KAPLAN; SADOCK, 1996).

Ao realizarmos a tarefa de buscar a origem dos grupos, enquanto espaços com objetivos específicos, observamos que o surgimento e a evolução deste fenômeno humano, no decorrer do percurso da própria história da humanidade, remetem ao cenário da Grécia Antiga, que teria sido o berço para o seu nascimento. A partir daí, o desenvolvimento do grupo atravessa o desenvolvimento da história do homem até a contemporaneidade.

A literatura pertinente ao tema se mostra vasta e abrangente no que se refere à diversidade de conceituações sobre grupo. Podem ser observadas três tendências na bibliografia, onde o primeiro enfoque se refere à experiência grupal, na lógica do grupo como objeto, sendo expoentes dessa tendência Freud, Lewin e Bion. A segunda tendência de investigação dos grupos diz respeito à visão de grupo como um processo que ocorre em instituições, Lapassade e Pichon Rivière são exemplos de teóricos que compartilham desta idéia. A terceira perspectiva, que aponta o grupo como uma instituição inserida num contexto histórico, é construída por Barros (1994) e pretende abarcar as noções de grupo-objeto e de processo grupal como múltiplos modos de existência.

Já Zimerman (2000) propõe um quadro de classificação das diversas vertentes de orientação dos pequenos grupos, as quais seriam: empírica, psicodramática, sociológica, filosófica, operativa, institucional, comunitária, comunicacional, gestáltica, sistêmica, comportamentalista e psicanalítica.

A discussão a respeito do conceito de grupo é muito ampla e atinge diversas áreas do conhecimento e mais especificamente das Ciências Sociais, gerando tendências de pensamento baseadas em diferentes concepções de homem e de mundo e conseqüentemente de suas aplicações práticas. Existem, portanto, estudos acerca dos grandes grupos, voltados para a macro-sociologia e a psicologia, e as contemplações sobre os pequenos grupos, objeto de estudo da micro-sociologia (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Inúmeros autores tiveram o grupo como foco de suas produções, apresentando diversos tipos de entendimento sobre o tema. Para Lewin (1980), forte representante da corrente sociológica, o grupo deve ser compreendido como mais do que a soma de suas partes, possuindo assim uma notória tendência ao equilíbrio e configurando um campo dinâmico de forças. Na realização de pesquisas sobre o fenômeno da boa liderança, Lewin demonstrou que, ao participar de atividades grupais democráticas o homem obtinha maior produtividade e também maior satisfação, o que levava em conseqüência, a relações fundamentadas no senso de cooperação e na redução das tensões (AMADO; GUITTET, 1978).

Zimerman; Osório (1997) procuram apresentar uma definição para grupo que contém características próprias e expressa a distinção entre grupo e agrupamento. O autor assinala que o agrupamento se caracteriza por um conjunto de pessoas que partilha de um mesmo espaço e tem interesses comuns, podendo vir a tornar-se um grupo quando os interesses comuns transformarem-se em interesses em comum, reunindo-se na realização de uma tarefa buscando um objetivo do interesse de todos os membros.

No entendimento de Zimerman; Osório (1997), um grupo é possuidor de outras características específicas tais como: formação de uma nova entidade, com identidade própria e ainda as identidades específicas; preservação da comunicação; espaço, tempo e regras que regulam a atividade proposta; organização dos membros em função do grupo; presença de forças contraditórias (coesão e desintegração); interação afetiva e hierarquia de posições.

Ao tomarmos o grupo como objeto de investigação é imprescindível citar a contribuição da psicanálise de Sigmund Freud. Em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921), *Totem e Tabu* (1913), *O Futuro de uma Ilusão* (1927) e *O Mal-Estar na Civilização* (1921), este autor relaciona os mecanismos inconscientes aos componentes da vida em grupo, buscando demonstrar o grupo como formado a partir de ligações libidinais entre os indivíduos que se manifestam pelos mecanismos de identificação e projeção (KAPLAN; SADOCK, 1996).

Corroborando com a construção teórica freudiana, Zimerman; Osório (1997) expõem de modo mais claro que Freud sempre acreditou na influência do grupo familiar e da cultura social na determinação da estruturação psíquica do indivíduo, e isso pode ser facilmente comprovado em inúmeras descrições pormenorizadas que estão contidas no relato de determinados sonhos ou na maioria dos seus históricos clínicos.

Deste ponto de vista, a Psicanálise pode ser considerada como uma teoria explicativa, visando elucidar a unidade do grupo através da idéia de uma ‘mentalidade grupal’ (instinto social), muitas vezes inconsciente para os próprios membros do grupo. Freud foi, portanto, o primeiro a utilizar os postulados da Psicanálise para explicar a dinâmica grupal em sua obra "Psicologia de grupo e análise do ego", (1921) ao reconhecer que a psicologia individual é, ao mesmo tempo, também psicologia social (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Neste sentido, Bento (2006) assinala que na concepção da Psicanálise, o grupo terapêutico funciona como um cenário que permite a expressão de cada um dos sujeitos a partir de seu imaginário, o que possibilita aos membros observar os efeitos que suas fantasias produzem no devir grupal. Estas fantasias individuais, portanto, sustentam as ações, os projetos, as intenções e os desejos do homem, e podem ser consideradas como o fundamento do conteúdo inconsciente.

Ainda de acordo com a noção freudiana de grupo, postula-se nesta concepção que a dinâmica do grupo permite a modificação de seus integrantes e é por eles modificado, dando origem assim a um processo estrutural no qual os sujeitos são sujeitos e objetos da mesma organização. É a partir da intersubjetividade que o sujeito vai reconhecendo a *sua* subjetividade, bem como a existência do *outro*. Neste sentido, é correta a afirmativa de que o grupo funciona apoiado nas diferenças (BENTO, 2006).

Outro importante autor que desenvolveu estudos a respeito do fenômeno grupal foi Pichon Rivière (1986), que confirma a ocorrência de um grupo quando um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes se reúne em torno de uma tarefa específica, articulado por sua mútua representação interna. Cada indivíduo, ao exercitar sua diferenciação, vai introjetando o outro e assim construindo sua identidade. É a partir disto que se dá início à construção do grupo enquanto composição de indivíduos diferenciados, o que Pichon Rivière (1986) denomina de “grupo interno”.

Ainda nesta perspectiva, acredita-se que no cumprimento e desenvolvimento das tarefas, os membros deixam de ser um amontoado de indivíduos para cada um assumir-se

enquanto participante de um grupo, com um objetivo mútuo. Isto significa também que cada participante exercitou sua fala, sua opinião, seu silêncio, defendendo seus pontos de vista. Portanto, descobrindo que, mesmo tendo um objetivo mútuo, cada participante possui sua especificidade com relação ao outro, manifestando sua identidade (PICHON RIVIÈRE, 1986).

Podemos considerar que a modalidade de atendimento grupal foi originada principalmente a partir dos grupos operativos de Pichón Rivière, a partir do desenvolvimento do conceito de vínculo, referindo-se tanto ao mundo interno como ao mundo externo e ainda à vivência de uma experiência emocional entre duas pessoas (ou mais) numa relação intersubjetiva (FERNANDES; FERNANDES, 2003).

Por outro lado, Zimerman (2000) afirma que o grupo como recurso terapêutico surge efetivamente no início do século, com o tisiologista americano J. Pratt, ao reunir pacientes acometidos de tuberculose numa enfermaria de hospital e fornecer informações sobre a doença e as estratégias de higiene e debates com o médico, possibilitando ao grupo exercer a função de “continente” aos participantes, configurando-se como uma estrutura familiar-fraternal. Credita a esse tipo de estrutura grupal a origem de organizações como o grupo dos “Alcoolistas Anônimos”.

Osório et al (1989), compreendem que a teoria de Pichon Rivière tem como premissa central a idéia do indivíduo inserido em um grupo, percebendo a confluência entre sua história pessoal até o momento de sua afiliação a este grupo (verticalidade) e a história social deste grupo até o momento (horizontalidade).

O indivíduo, inserido nesse processo, é visto como resultante dinâmico entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética ocorre através de uma estrutura dinâmica que denomina de “vínculo”. O vínculo, de acordo com o pensamento pichoniano, é definido como uma estrutura complexa que envolve intimamente sujeito, objeto e mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem. Tal concepção contribuiu sobremaneira na compreensão dos fenômenos grupais não do ponto de vista psicoterápico, mas para a operação de tarefas objetivas no âmbito institucional (ZIMERMAN, 2000).

Tomando as diversas classificações de grupo encontramos também a Psicologia da Gestalt, cujos postulados estão centrados na descrição dos fenômenos que ocorrem no “aqui-agora” do mundo grupal e explicando as interações humanas. Kurt Lewin (1890-1947)

foi o principal expoente dessa corrente teórica, também conhecida como Teoria de Campo, que inova ao estabelecer uma teoria dinâmica da personalidade centrada na idéia de campo psicológico. Além disso, criou o primeiro laboratório de Dinâmica Grupal, onde em estudos realizados com grupos primários (*face-to-face groups*) introduz conceitos pertencentes à física do campo magnético para expor os fenômenos da existencialidade social do ser humano (BENTO, 2006).

A Psicologia da Gestalt define o grupo como um todo dinâmico, uma *gestalt* que não é só resultado da soma dos seus integrantes, mas é possuidor de propriedades específicas enquanto ‘um todo’. Esse grupo, portanto, procura formas de equilíbrio no seio de um campo de forças sociais, o que explica a emergência de “lideranças, fenômenos que aparecem como que reunindo um campo social de alto privilégio, e funciona como centro de atração de todos os movimentos coletivos” (CARNEIRO, 1996, p. 10).

Diante da intenção de apresentar as diferentes concepções teóricas e metodológicas do grupo enquanto fenômeno é essencial trazer aqui o Psicodrama de Jacob Levy Moreno (1889-1974), que fundamenta seus conhecimentos na relação dialógica do vínculo sistematizada na dinâmica do encontro, da espontaneidade e da ação criativa. O ponto central de sua instrumentalização é o treinamento de papéis, ou *role-playing*, Sociometria e Sociodrama, na busca de desvendar e construir possibilidades reais de encontro (KAPLAN; SADOCK, 1996).

Utilizando recursos dramáticos (o palco, o sujeito, o diretor, os egos auxiliares e o público), o psicodrama transforma o espaço cênico numa extensão da vida, por meio da espontaneidade dos participantes, e tem como resultado a catarse mental. É na criação espontânea que se obtém o vínculo do homem com o mundo (KAPLAN; SADOCK, 1996).

A conceituação de grupo que nos traz Martin-Baró (1993) foi construída a partir de uma revisão crítica das duas teorias que mais influenciaram os modelos atuais: a teoria psicanalítica de Sigmund Freud, e a teoria de campo de Kurt Lewin. Martin-Baró (1993) define grupo como uma estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canalizam em cada circunstância suas necessidades individuais e os interesses coletivos. Para ele, o grupo é uma estrutura social que é compreendida como uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus constitutivos. A estruturação do grupo segundo esta abordagem ocorre em função de uma relação dialética com a realidade, onde estão presentes os conflitos e as contradições sociais e os diferentes interesses, gerando muitas vezes um antagonismo, que por sua vez se tornam o reflexo da realidade social em que o grupo está inserido.

De acordo com Munari et al (2007), o grupo pode apresentar também um caráter educativo, enfatizado pelo favorecimento da participação dos indivíduos no processo grupal a partir do compartilhamento das experiências vivenciadas no seu cotidiano. Os autores completam a idéia acima ao afirmarem que a convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de intenso valor terapêutico.

Essa situação ajuda os participantes a quebrar barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas. Em grupo, é possível, portanto, avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover uma vida mais saudável (SILVA et al, 2003).

Aonde segundo Silva et al (2003), para obter êxito no trabalho grupal, é necessário interesse e comprometimento das pessoas com essa atividade, sendo essencial que o coordenador de grupo relativize seu conhecimento e suas experiências com o ensino mais tradicional. O trabalho em grupo implica em constante atualização de sua competência técnica e, especialmente, de sua habilidade de interação com o outro. Requer abertura ao novo conhecimento que é construído com os integrantes do grupo e que vai orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro.

Ressaltamos ainda, que o trabalho grupal exige o desenvolvimento de estratégias que mobilizam forças de seus membros no sentido de proporcionar mudanças necessárias e que repercutem não somente, no indivíduo, mas na família e até na comunidade. Para que o objetivo do trabalho com grupos seja alcançado, torna-se necessário que o coordenador seja devidamente capacitado e pratique a comunicação adequada e estimule a evolução do grupo. A necessidade de integração entre trabalhador de saúde e o usuário é imprescindível para a orientação correta.

Por outro lado, a estrutura do grupo e os elementos presentes exigem que o profissional tenha sensibilidade, domínio e manejo da técnica de grupo, assim como conheça o sistema de cuidado popular e dimensão sociocultural deste para o usuário e sua repercussão nos seus hábitos de vida e de tratamento. Apenas as prescrições e os exames, mesmo quando utilizados de maneira correta não são suficientes para o tratamento, controle e prevenção de

doenças (FERNANDES; LÓES, 2003). É necessário conhecer o sistema popular do cuidado, buscar a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado (LEININGER, 1978).

Assim, os profissionais coordenadores de grupos, ao proporem os grupos “operativos”, precisam ter presente, em suas mentes e em suas ações, a noção do domínio e natureza que caracterizam a profissão e facilitam a integração dos vários saberes e práticas para que o cuidado transcenda as suas culturas. O processo é de desenvolvimento da autonomia do sujeito que em algum momento encontrará a melhor forma de se cuidar (KAPLAN; SADOCK, 1996).

A proposição que nos trazem Barros et al (2001) diz respeito a uma outra forma de pensar o trabalho em grupo, compreendendo-o como dispositivo que têm possibilidades de fazer parte de um outro regime de enunciação, no qual as atividades clínico-terapêuticas e as oficinas produtivas formem um espaço indissociável de mútua inserção, onde a dimensão de cidadania e política estejam presentes e ativas.

Para Lane (1984), o significado da existência e da ação grupal só pode ser encontrado dentro de uma perspectiva histórica que ao considerar a sua inserção na sociedade, com suas determinações econômicas, institucionais e ideológicas determina o grupo enquanto um processo histórico. Portanto, acreditamos que nesta visão, é mais adequado designar processo grupal, em vez de grupo.

Consideramos, portanto, que esta é a perspectiva que se vislumbra na prática do modelo de atenção à Saúde Mental assimilado pelos CAPS, fundamentados na concepção histórico-cultural, dando origem à percepção do movimento e da historicidade do fenômeno aqui estudado. Assim sendo, a concepção de grupo, neste trabalho será encarado também como processo grupal, como um sistema aberto, dinâmico e repleto de contradições e conflitos sociais, no qual os participantes determinam e são determinados pelo processo em que estão engendrados.

Mediante o exposto com relação à diversidade da conceituação de grupo, se torna evidente que existem grandes focos de divergência entre as linhas teóricas, todavia, os autores em geral parecem convergir sobre o fato da existência do grupo enquanto impossibilidade da separação entre individual e coletivo. A presença de "algo compartilhado" que não venha a destruir as necessidades e características individuais que o constituem é essencial para que o grupo exista.

O grupo pode tanto se mostrar como um espaço de conjunção de singularidades, o que remete à diversidade de sujeitos, quanto do compartilhado, elo de ligação da pluralidade. "Uma pluralidade de indivíduos que estão em contato uns com os outros, que se consideram mutuamente e que estão conscientes que tem algo significativamente importante em comum" (OLMSTED, 1979, apud CARLOS, 1998, p. 201). Tal afirmação dá ênfase à comunhão no grupo e ainda à diversidade dos sujeitos que o compõem.

Na análise de Carlos (1998), torna-se clara a compreensão de grupo como um lugar onde as pessoas se apresentam de modos diferentes e a pluralidade que se expressa no conjunto destas diferenças cria um movimento de idéias no qual há o que seja conciliado e, ao mesmo tempo, o irreduzível. Esses sujeitos, sem perder a sua singularidade, podem juntos constituir um processo grupal.

Os grupos psicoterápicos são denominados por Zimerman; Osório (1997, p. 78) como "formas de psicoterapia que se destinam prioritariamente, à aquisição de insights, notadamente, dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal", e seriam chamados de grupoterapias, com abordagens diversas como a psicanalítica, a teoria sistêmica, a abordagem cognitivo-comportamental e a psicodramática.

Tanto o grupo operativo pode proporcionar um benefício psicoterápico quanto os grupos psicoterápicos podem se utilizar do enfoque dos grupos operativos. Já que "os grupos de ensino não são diretamente terapêuticos, mas a tarefa da aprendizagem implica em terapia; toda aprendizagem bem realizada e toda educação é sempre, implicitamente, terapêutica" (BLEGER, 1993, p. 63).

Associando as proposições apresentadas até aqui, podemos inferir que na contemporaneidade, as práticas terapêuticas grupais nos serviços de Saúde Mental constituem modalidades terapêuticas fundamentais, tendo como principal função ajudar as pessoas a lidar com o transtorno psíquico. De modo geral, o grupo como fator terapêutico vem recebendo uma crescente valorização devido ao reconhecimento da importância das trocas interativas no seu modo de existir (GUANAES; JAPUR, 2001).

De acordo com Yalom (1970), um total de onze fatores terapêuticos pode estar presente em qualquer grupo, variando em função do tipo de grupo, do estágio da terapia e de diferenças individuais entre os pacientes. Em estudos posteriores, Bloch et al (1981) revisaram a classificação proposta inicialmente por Yalom (1970) e concluíram pela existência de dez fatores terapêuticos nos grupos, os quais seriam: catarse, altruísmo, universalidade, instilação



de esperança, aprendizagem vicária, orientação, aprendizagem pela ação interpessoal, aceitação/coesão grupal, auto-revelação e auto-entendimento.

Fator terapêutico, neste sentido, é compreendido como um elemento da grupoterapia que contribui para melhorar a condição de um paciente e que pode ser resultado das ações do terapeuta, dos participantes do grupo ou ainda do próprio paciente (CROUCH; BLOCH et al, 1981).

Destaca Toledo (2004) que, tendo em vista que a proposta dos serviços assistenciais no modo psicossocial visa à organização de uma rede de cuidados de caráter intersetorial e inclusiva, com base no território e que garanta a integralidade e a equidade do usuário, as práticas grupais inseridas nos espaços dos serviços incluem grupos psicoterápicos, oficinas, espaços de convivência, oficinas externas tanto para usuários quanto para seus familiares, o que abarca a inclusão das atividades grupais em seu leque de setores.

Ainda no que concerne ao lugar do grupo na assistência à Saúde Mental, destacamos a colocação de Toledo (2004) quando aponta que a importância dos grupos está em, na interação facilitador usuário, envolver esse último no processo da recuperação através da transferência de saberes, o que melhora o entendimento do indivíduo sobre seu corpo e seu agravo, além de melhorar o seu modo de levar a vida. Assim, contribui-se para que o indivíduo tenha postura e atitude que diminuam os riscos e melhorem a qualidade de vida. Desta forma, os grupos terapêuticos traduzem que o serviço implementa ações humanizadoras, já que permitem, através de mecanismos de comunicação e informação, o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo não só do usuário, mas de toda a equipe (BRASIL, 2005).

Todavia, Ávila (1999) expressa uma crítica com relação à qualidade da assistência à Saúde Mental realizada por meio dos grupos terapêuticos, quando afirma que os grupos em série ou série de grupos resolvem o problema da grande quantidade de pacientes abordados, mas não da qualidade e continuidade dos atendimentos. Segundo o autor, para que a oferta grupal seja efetiva, ela deve estar baseada em uma organização também grupal. Ou seja, os profissionais envolvidos na assistência devem se configurar como uma equipe, planejar e estruturar coletivamente os dispositivos a ser implementados, realizar avaliações sistemáticas de seu desenvolvimento, trabalhar como conjunto em suas atividades de formação, analisar as demandas que recebe, elaborar suas estratégias e políticas institucionais com outros serviços e com a comunidade e ainda participar da gestão e das políticas em saúde, etc.

Outra questão é pontuada por Scherer (2005), ao explicar que as práticas grupais como oficinas, programas, grupos de orientação, de gestantes, tão comuns nas práticas dos serviços de saúde começam a surgir como alternativas de intervenção. Com relação a isso, aponta que ainda há certa depreciação destas práticas por considerá-las não científicas e até "alternativas demais" ou "ousadas demais" para os padrões tradicionais da clínica.

Lancetti (1994), ainda sobre os possíveis riscos das práticas grupais, nos alerta para a reprodução de um movimento operativo de empirização do objeto teórico e ideologização do empírico, ou seja, os supostos teóricos são instrumentalizados na prática, que por sua vez encontra suporte na teorização, a prática, por outro lado, é confirmada pela teoria, e a teoria sustenta a prática. Perde-se então a possibilidade do questionamento, da reflexão em torno da instituição dos grupos. A principal omissão deste movimento, no dizer de Lancetti (1994), é a negação do seguinte questionamento: o que se faz socialmente quando se instituem grupos? Se a junção institucional é de separação, o que faz a instituição grupos quando individualiza os grupos e grupaliza os indivíduos?

Diante de tal discussão necessitamos voltar a Lancetti (1994), quando se refere à eficácia dos grupos, pois segundo ele, nunca se sabe muito bem porque, mas nos grupos se operam modificações, o consenso geral a respeito é que se há menos teorias. Entretanto, sugere que as formas de pensar e lidar com as teorias sejam revistas com um olhar ético-político em busca de uma construção subjetiva, onde os coletivos se configurem como estratégias de ruptura das formas solitárias do viver. Em resumo, deve-se pensar qual é o grupal dos grupos e qual a produção decorrente disso, deve-se pensar não somente os grupos, e sim a grupalidade.

As considerações apresentadas até então geram inquietações e nos remetem a alguns questionamentos: Os princípios de desinstitucionalização, em seu mais amplo conceito, têm sido considerados nos espaços de assistência em Saúde Mental? Como têm sido efetivados os encontros entre os sujeitos no ato de cuidar? As práticas assistenciais têm criado contextos permissivos ao cuidado? Tem havido a ampliação do olhar, da escuta, do acolhimento, da responsabilidade e do vínculo?

Neste aspecto, ao final do século 20, a concepção de Saúde Mental, que se revelava extremamente restritiva e reducionista foi, paulatinamente, se tornando mais abrangente, fundada nas noções de multicausalidade e de ênfase nos fatores sociais. Para a OMS, saúde mental, abrange, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização

intelectual e emocional da pessoa (OMS, 2001). Tal definição inclui a perspectiva de caracterizá-la como algo mais do que a simples ausência de transtornos mentais.

Com a adoção ESF como eixo para a reorganização da atenção básica em novas bases assistenciais, consolidada mais recentemente na Política Nacional de Atenção Básica, as equipes têm sido instadas a atuarem frente a questões como dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral. À medida que a adscrição da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na estratégia de saúde da família, o vínculo e a continuidade do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes neste nível de atenção com questões relacionadas a tais demandas (BRASIL, 2006).

Do ponto de vista da atividade prática cotidiana dos trabalhadores nos serviços em equipes de Saúde da Família, a população apresenta uma demanda de respostas assistenciais em Saúde Mental para as quais, por um lado, não existem ações programáticas correspondentes na Atenção Básica previstas nos instrumentos de gestão e planejamento. Tal demanda espontânea de caráter de urgência ou emergência requer a utilização de estratégias específicas adequadas e resolutivas.

Campos (2006) indica a necessidade, na Saúde Coletiva, de uma clínica que consiga satisfazer às demandas do sujeito em situação de crise psiquiátrica em todos os níveis do sistema de saúde como dispositivo fundamental para romper o ciclo de psiquiatrização e medicalização do sofrimento psíquico.

Em decorrência da forma de adaptação e do caráter social da sua atividade, diferentemente dos demais seres vivos, a relação do ser humano com a natureza não se dá somente no sentido de desenvolver ações práticas voltadas à satisfação imediata de necessidades biológicas.

A própria abertura para outros recursos para além do enquadre clínico da consulta possibilitada pela forma de organização do trabalho nas práticas reabilitadoras do CAPS em Saúde Mental, contribui para a percepção ampliada, ao passo que a equipe de trabalho procura diversificar as estratégias de assistência oferecendo, além das consultas, atividades em grupo e outras de cunho comunitário.

Dentro destes aspectos e diante da perspectiva concreta de reabilitação psicossocial por meio das abordagens terapêuticas grupais, como atividade de prática integral do cuidado, apresenta-se então a possibilidade da assunção de responsabilidade de ações na

busca de solução para os problemas e conseqüentemente de ampliação de autonomia e cidadania do usuário

### **3 - O CAMINHO METODOLÓGICO**

### 3.1 Natureza e tipo do estudo

O estudo em questão refere-se a um recorte do Projeto: Práticas de Abordagens Terapêuticas Grupais dos Trabalhadores de Saúde na Produção do Cuidado em Saúde Mental, Fortaleza-CE, coordenado pela Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e financiado pelo CNPQ/FUNCAP. Apresentam-se modificações no que diz respeito aos participantes e ao campo da pesquisa, que foi delimitada aos CAPS Geral, CAPSad e CAPSi da Regional III e Regional IV de Fortaleza-Ce.

Tratamos de um estudo de natureza qualitativa crítico-reflexivo, com a finalidade de análise do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno. Para estudar o fenômeno da produção do cuidado humano no campo da Saúde Mental é necessário acompanhar o desenvolvimento do processo que se mostra no dia-a-dia das práticas assistenciais, por meio dos atos de cuidar do outro e dos dispositivos utilizados na busca dos objetivos institucionais de constituição de sujeitos sociais estabelecidos nas inter-relações pessoais.

Para a efetivação desse acompanhamento e, conseqüentemente, de uma reflexão crítica, é imprescindível que ocorra uma aproximação da vida real, do cotidiano, observando e vivenciando a rotina dos sujeitos envolvidos em tal processo e, para que tal aproximação pudesse acontecer, foram utilizados métodos da pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa é um campo de saberes interdisciplinares, transdisciplinares que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas (DENZIN et al, 2006). Mostra-se como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando unicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade e aos elementos que sejam significativos para o observador - investigador.

Nesta modalidade de pesquisa os dados são predominantemente descritivos e o foco de atenção se encontra mais no processo do que no resultado final. Tem como objetivo básico tentar captar sentidos e significados, a partir da perspectiva dos participantes.

Conforme assinala Minayo (1999), a pesquisa qualitativa se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado, respondendo a questões muito particulares. Engloba significados, sentidos, aspirações, valores, crenças e atitudes, correspondendo a um campo mais específico das relações, dos processos e dos fenômenos que são irredutíveis à operacionalização das variáveis.

### 3.2 Campo empírico

Os CAPS das Secretarias Executivas Regionais III e IV do município de Fortaleza foram os dispositivos escolhidos como o campo para a realização deste estudo, visto que se apresentam como serviços que se propõem a desenvolver atividades de concretização da reabilitação psicossocial coerentes com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

A presente pesquisa foi realizada em Fortaleza, e com a intenção de proporcionar um maior conhecimento acerca deste município, apresentaremos algumas informações relevantes sobre seus aspectos gerais.

A cidade de Fortaleza está localizada no litoral norte do estado do Ceará e limitada ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente, ao sul com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2007).

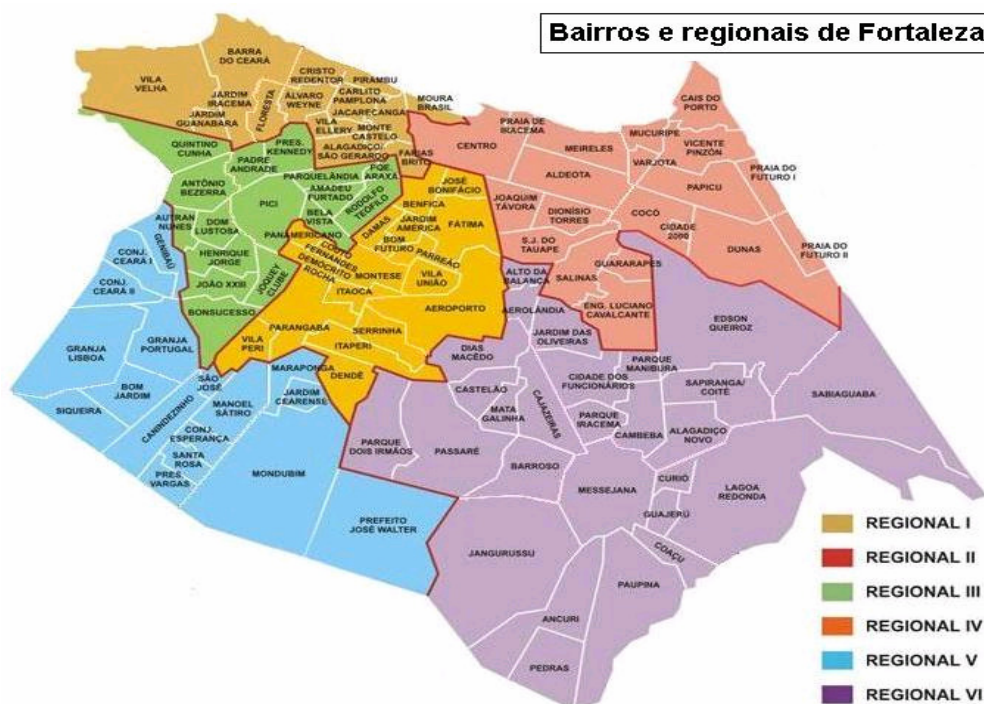
Com relação ao clima, este é predominantemente equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, proporcionando uma temperatura média de 27°. A média de chuvas anual é de aproximadamente 1.600mm, sendo mais frequentes no período de janeiro a julho (FORTALEZA, 2007).

Fortaleza é considerada a quinta maior cidade brasileira, possuindo uma área de 313,8 Km<sup>2</sup> e uma população estimada pelo IBGE de 2.374.944 habitantes em 2005. Isto significa uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km<sup>2</sup>. Do total de habitantes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos e a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2007).

A economia da cidade é bastante diversificada, no entanto, existe uma forte concentração no setor do comércio. Sua produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário-calçados (artefatos de tecidos, couros e peles), alimentos (extração e beneficiamento), minerais não-metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007).

O turismo, a partir de 1995, tem despontado como atividade de intenso crescimento, cuja demanda turística aumentou em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% ao ano e se transformou numa significativa fonte de geração de emprego e renda (FORTALEZA, 2007).

Fortaleza é dividida administrativamente em 06 (seis) Secretarias Executivas Regionais, com o objetivo da execução das políticas setoriais na definição das prioridades, estabelecimento de metas para cada grupo populacional e prestação de serviços articulados em uma rede de proteção social (ANDRADE, 2007).



Fonte: Fortaleza (2007).

A Secretaria Executiva Regional III (SER III) presta serviços municipais, identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas da população e promovendo o desenvolvimento urbano, ambiental e social. Sobretudo, tem como objetivo proporcionar condições de melhoria de vida aos 378.000 habitantes que estão distribuídos em seus 16 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bom Sucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, ParqueLândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (FORTALEZA, 2007).

A Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) foi inaugurada em 25 de abril de 1997, abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores feiras livres da cidade, a da Parangaba, e vários corredores comerciais, entre eles o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. Os bairros pertencentes a esta área são: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 280 mil habitantes



segundo censo do IBGE. O bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 30 mil habitantes e o menos populoso é o Dendê com apenas 2.120. Concentra oito áreas de risco e possui a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba (FORTALEZA, 2007).

Em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), Fortaleza encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal, delegando à Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde (FORTALEZA, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais e apresentando capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário (FORTALEZA, 2006).

Um total de 1.712 estabelecimentos de saúde estão inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), destes, 7% estão sob a gerência direta de uma das esferas governamentais de gestão do SUS. A gestão do sistema, em âmbito local, é de responsabilidade da gestão municipal (FORTALEZA, 2006).

A rede de serviços de saúde é constituída por 133 estabelecimentos públicos (8%) e 1.578 privados (92%). Dos públicos, 107 são da esfera administrativa municipal (80%), 21 da estadual (16%) e 5 da federal (4%)<sup>1</sup>. Dos privados, 141 (9%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza e dos públicos municipais, 81% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2006).

A Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza adota a concepção ética e política da co-gestão através da Roda de Gestão, que inclui o pensar e o fazer coletivo. Este processo é inserido em toda a política de saúde do município ( vigilância à saúde, saúde-escola e humanizaSUS) (CAMPOS, 2000).

A Rede Assistencial da Atenção Básica do Sistema de Saúde de Fortaleza se propõe a utilizar no processo de trabalho em saúde, a territorialização em saúde, o planejamento local participativo, a escuta e o cuidado humanizado, a referência e contra-referência, a participação e mobilização social, entre outros (FORTALEZA, 2006).

A estruturação dessa rede teve início em 2005 com a territorialização do município de Fortaleza, visando delimitar e configurar o espaço urbano para identificar características e necessidades da população. O objetivo principal foi estabelecer parâmetros

objetivos de atuação das equipes, de acordo com o nível de risco das áreas residenciais. A área do município foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população (FORTALEZA, 2006).

A segunda etapa consistiu na contratação por concurso público de profissionais para o PSF, quando houve um acréscimo de 102 para 200 equipes, inicialmente, aumentando assim a cobertura dos serviços. A estruturação da rede e a humanização para o cuidado integral dizem respeito às etapas atuais do processo (FORTALEZA, 2007).

A gestão municipal atual apresenta como proposta e compromisso para construção de uma política de Saúde Mental, definindo as principais metas:

I - Implemente uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, [...]; II- Conceba o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral, seguindo as diretrizes do HUMANIZASUS; III- Promova a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em geral e dos serviços específicos de saúde mental; IV- Promova cuidados de saúde mental a nível comunitário, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população, de forma a estimular o envolvimento das comunidades, familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental na discussão e implementação de práticas não excludentes das pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais; V – Favoreça a universalidade de acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais; VI- Incentive constantemente a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental [...].(FORTALEZA, 2007).

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza está sendo construída com serviços públicos de Saúde Mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, interligados aos demais serviços públicos de saúde e a equipamentos, dispositivos e recursos existentes na própria comunidade (ANDRADE et al, 2007).

Os CAPS se estruturam como serviços de média complexidade. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organiza-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa freqüentar o serviço diariamente, e oferece uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar (TENÓRIO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde os NAPS e os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 244/92 e foram definidos como “unidades de saúde locais/

regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (BRASIL, 2004, p. 12)

O projeto original do CAPS o define como sendo uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas “um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Desta forma, torna-se possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, contribuindo assim, para o processo de reinserção social do paciente.

Neste sentido, Brêda (2006) chama a atenção para o fato de que os CAPS, ao se configurarem como um novo lugar privilegiado de intervenção, não devem se fixar em um modelo estável e sim, dinâmico, proporcionando transformações concretas de ativação de recursos na comunidade e de uma prática complexa.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental. Partindo da lógica da territorialização, se propõe a resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta para cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos persistentes.

Nos CAPS, os pacientes são assistidos em regime de atenção diária, por meio de atendimentos individuais, coletivos, e oficinas terapêuticas. Uma equipe multidisciplinar – formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, farmacêutico, auxiliar de enfermagem e artista – trabalha no sentido de garantir o correto tratamento clínico, desenvolver a autonomia dos pacientes, despertar o exercício da cidadania e fortalecer o vínculo dessas pessoas com a comunidade (BRASIL, 2002, 2003).

É, portanto, nesta direção que se desenvolvem os serviços do CAPS, sendo possibilitadores de transformações concretas e atuando como mediadores entre o hospital psiquiátrico e o meio social, buscando estimular os encontros no cerne da intersubjetividade das relações cotidianas e assim produzir sociabilidade e a reinserção do usuário no corpo social.

Quanto à normatização, podemos afirmar que os CAPS foram redefinidos no âmbito federal, pela Portaria nº 336 (Diário Oficial da União; 2002, 20 Fev) que define três

níveis de CAPS dependendo de seu porte, complexidade e abrangência populacional. Segundo Andreoli et al (2004 p. 838) os três tipos de serviços destinam-se ao atendimento público em Saúde Mental em modalidade de serviço ambulatorial de atenção diária. “Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”.

Os CAPS I, II e III são destinados ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS I abrange municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Já o CAPS II funciona em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, atendendo das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas. O CAPS III funciona durante 24 horas e podem oferecer acolhimento noturno em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este acolhimento e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emirjam ou se aprofundem (BRASIL, 2004).

Os CAPS são ainda classificados de acordo com seu público alvo: CAPS para infância e adolescência (CAPSi) e os CAPS destinados aos usuários de álcool e drogas (CAPSad).

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, estando incluídos os portadores de autismo, psicose, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Em geral, as atividades desenvolvidas são as mesmas oferecidas nos CAPS sendo, entretanto, dirigidas para a faixa etária a quem se destinam atender (BRASIL, 2004).

Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas foi desenvolvido o CAPSad, que oferece atendimento diário aos pacientes, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento, oferece condições para o repouso, assim como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

Os CAPS apresentam como objetivos principais: prestar atendimento de regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território; oferecer suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental da sua área; coordenar junto ao gestor local atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território, manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental (BRASIL, 2004).

De acordo com a compreensão de Lancetti (1989), tais medidas buscam implementar os três níveis de atuação (primário, secundário e terciário), permitindo a sua integração e regionalização como forma de, em médio prazo, corrigir a distorção centrada na Atenção Terciária (hospitalocêntrica). Assim, a porta de entrada para o atendimento seria a rede básica, preconizando a progressiva desospitalização para não “fabricar”, a partir do hospital, tantos casos crônicos.

Dentro desses aspectos, os CAPS se constituíram, então, numa ampliação tanto no que se refere à intensidade dos cuidados à pessoa em transtorno psíquico grave quanto na sua diversidade, incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos.

Atualmente, no município de Fortaleza, estão em funcionamento 14 unidades do tipo CAPS, sendo que cada área das seis SER possuem uma unidade em cada modalidade de CAPS: uma do tipo Geral e outro do tipo Álcool e Drogas. Existem ainda dois CAPSi (infantil) direcionados à atenção junto a crianças e adolescentes sendo instalados na área da SER IV (referência para todas as áreas pares) e outro na SER III (referência para as áreas ímpares).

É relevante acrescentar que, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica a partir da desativação de leitos psiquiátricos ainda se apresenta em desenvolvimento na capital cearense, visto que, dos oito hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento no Estado, sete estão instalados na cidade de Fortaleza.

Todavia, a proposta de internação psiquiátrica em leitos de hospitais gerais está sendo implementada, inclusive com a abertura de uma unidade clínica em hospital geral na rede conveniada ao SUS e também nas unidades de emergência da rede própria do sistema.

O Serviço Móvel de Atendimento em Urgência (SAMU) favorece o atendimento em momentos de crise e/ou surtos. A política municipal de Saúde Mental prevê ainda a abertura de Residências Terapêuticas (RT) em cada regional e o cadastramento em nível nacional para os egressos dos manicômios, sem laços familiares no Programa de Volta pra Casa (PVC) do Ministério da Saúde, para favorecer a inserção social dos sujeitos com comprometimentos pelo modelo de assistência manicomial.

A gestão da área de Saúde Mental no município é coordenada por um colegiado de 3 membros que atuam na articulação da própria rede de Saúde Mental e com as outras instâncias do sistema municipal, bem como as instituições e serviços do território.

### **3.3 Participantes do estudo**

Os participantes da pesquisa foram os usuários e trabalhadores de saúde das equipes dos CAPS Geral, CAPSad e CAPSi da Regional III e Regional IV do município de Fortaleza.

Para conformar os sujeitos estudados, foram selecionados os trabalhadores do CAPS e que desejaram participar da pesquisa que desenvolviam atividades de abordagens terapêuticas grupais e usuários dos grupos terapêuticos dos serviços, que também manifestaram o desejo e a disponibilidade em fazer parte do estudo, mediante a apresentação da proposta da pesquisa.

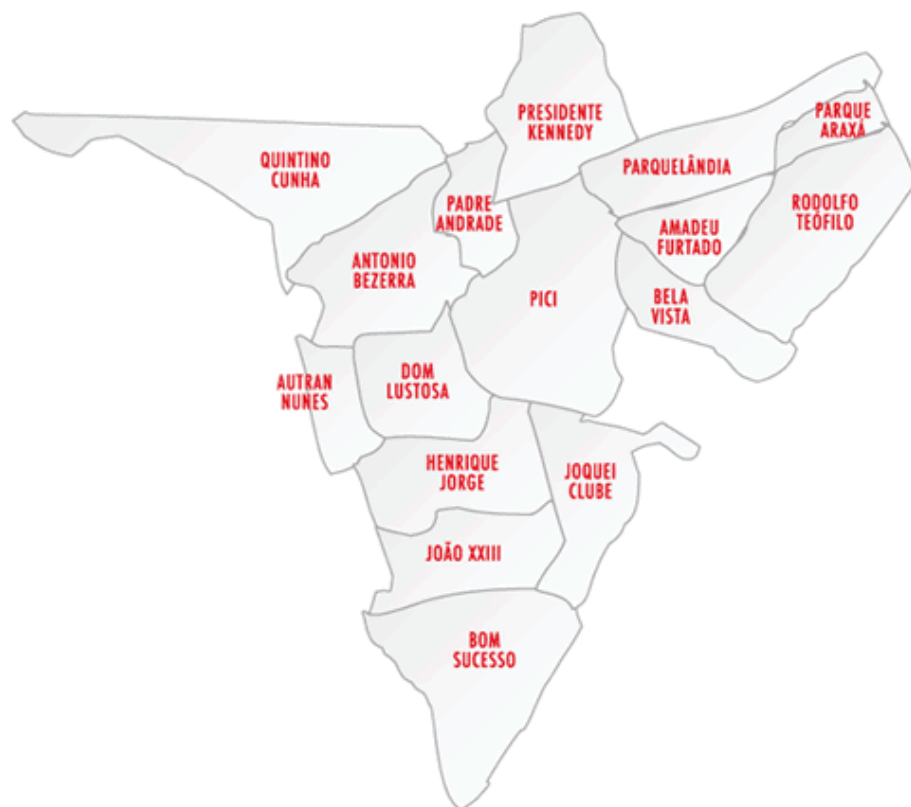
Ressaltamos aqui que são considerados **trabalhadores** de saúde neste estudo, todos aqueles que estão inseridos direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor (PAIM, 1994). O termo “**usuários**” refere-se àqueles sujeitos que utilizam os serviços de saúde e neste sentido, pressupomos que poderão contribuir na construção deste estudo.

**Quadro I – Representação dos trabalhadores de saúde participantes do estudo.**

<b>GRUPO</b>	<b>Trabalhador de Saúde</b>
02	Assistente Social
01	Coordenador
02	Enfermeiro
03	Médico
01	Psicólogo
01	Terapeuta Ocupacional

A equipe de Saúde Mental<sup>5</sup> referida na seleção dos grupos foi selecionada no âmbito da área geográfica das SER III e SER IV, de acordo com a divisão geo-sanitária do município de Fortaleza.

**Figura 3 – Localização Geográfica (SER III) do território da investigação**



Fonte: Fortaleza (2007)

<sup>5</sup> O trabalho em equipe na Saúde Mental acontece na presença de diversos atores, com distintas formações na área da saúde e se delinea exatamente pela potencialidade, pelo desafio que a articulação desses diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, têm de produzir saúde (MERHY, 2007).

**Figura 4 – Localização Geográfica (SER IV) do território da investigação**



Fonte: Fortaleza (2007).

### **3.4 Aspectos éticos**

#### **Desenvolvimento da pesquisa**

A pesquisa de campo somente teve início após o parecer da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o processo nº 075290596 (Anexo A). Os sujeitos do estudo, ao terem ciência sobre a participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em 02 vias (Apêndices A e B), assumindo que estavam sendo esclarecidos sobre todos os aspectos referentes à mesma, referentes aos critérios éticos delineados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). Os aspectos éticos em pesquisa relacionada a seres humanos constam na Resolução 196/96, afirmando que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1998). O pesquisador, portanto, tornar-se-á responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Inicialmente o projeto foi apresentado à Coordenação Colegiada de Saúde Mental (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza), tendo sido então esclarecido em relação à teoria e à metodologia do estudo. Posteriormente, com o ofício de autorização das SER III e IV, foi



possível solicitar e realizar a apresentação do projeto de pesquisa para toda a equipe de trabalhadores dos CAPS. Isto facilitou a inserção da pesquisadora no campo de estudo, visto que se abriu possibilidade para o estabelecimento de uma relação de vínculo e futura disponibilidade na participação dos sujeitos para a coleta de dados, a qual transcorreu durante os meses de julho a setembro de 2008.

Como recurso inicial para a fase de levantamento de informações enquanto etapa exploratória da pesquisa realizou-se a sistematização de dados relacionados aos seguintes aspectos: equipes do CAPS constituídas nas SER III e IV, localização das áreas de abrangência, contexto e início das atividades e número e categoria profissional dos componentes das equipes.

O processo para a coleta de dados foi iniciado com as observações sistemáticas dos grupos terapêuticos ao mesmo tempo em que procurávamos viabilizar a realização do grupo focal com os trabalhadores que realizavam atividades de grupo no CAPS.

Ressaltamos que, devido à intensidade e ao ritmo das atividades neste serviço por meio de atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, participações em cursos e congressos e outras, foi demandado certo tempo e muito empenho para que fosse possível reunir os trabalhadores num momento em que todos estivessem disponíveis. Optamos, portanto, conjuntamente com a coordenação do CAPS ad da SER III, que o grupo focal seria realizado na mesma data da “roda de gestão”.

A realização do grupo focal transcorreu de forma tranqüila, tendo sido organizado, por parte da pesquisadora, um “*coffe-break*” após a conclusão da atividade, visando, sobretudo, manifestar o agradecimento pela disponibilidade na participação de todos e também celebrar o encontro entre pessoas envolvidas e interessadas pela saúde mental da população.

As observações dos grupos foram adotadas como estratégia para apoiar a identificação dos núcleos de significação. As sessões dos grupos foram registradas de modo integral, tomando-se como base o roteiro de observação (Apêndice D), ocorrendo posteriormente a transcrição e adotando-se também o registro em diário de campo, constituindo-se ambos no corpus desta etapa da pesquisa.

### 3.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para obtenção dos dados quantitativos referentes à caracterização do perfil sócio-profissional foi utilizado o formulário de identificação que abrange aspectos relacionados: idade, gênero, formação, capacitação, experiência profissional, tempo de serviço em Saúde Mental, nível salarial, vínculo profissional entre outros. Tais questões serviram para favorecer uma análise mais contextual dos grupos focais e observações.

Foi realizada uma pesquisa documental como instrumento complementar de coleta de dados, dos projetos terapêuticos institucionais dos serviços dos CAPS com o intuito de obter informações advindas dos documentos oficiais escritos sobre a organização e funcionamento do sistema no que se refere às ações terapêuticas (práticas).

Segundo Chaumier (1988) a análise documental é uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência.

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. À medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado (LAVILLE; DIONE, 1999).

Assim sendo, a análise documental tem por objetivo dar forma adequada e representar convenientemente a informação contida no documento, através de procedimentos de transformação, com o propósito de armazenar e possibilitar a recuperação da dita informação ao futuro interessado, de modo a que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). Compreende uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados. Graças a ela é possível passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro) (CHAUMIER, 1988).

Além da análise de documento, para a coleta de dados qualitativos foi utilizada a técnica de grupo focal, referindo-se a uma técnica privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais. O grupo focal oferece a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturas específicas (MINAYO, 1999). Pode ser utilizado no

entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produtos ou serviços.

Para Minayo et al (2005), a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas pesquisas de avaliação, de forma combinada com entrevista ou exclusivamente. Os princípios de definição amostral se baseiam na busca de aprofundamento e de compreensão de um grupo social ou de uma organização. A partir desses princípios, o foco se volta para questões acerca de quais serão os grupos, a quem e o que observar.

O grupo focal como técnica de pesquisa tem sua constituição e desenvolvimento em função do objetivo de abordar questões em maior profundidade por meio da interação grupal (GATTI, 2005).

Esta técnica foi aplicada a partir de um temário (Apêndice C) e os registros foram realizados por meio de gravação de áudio, após o consentimento do grupo. Com os dados obtidos, foi elaborado um relatório do grupo focal, compreendido de descrição dos resultados e análise dos mesmos.

A observação sistemática refere-se a uma técnica bastante utilizada em pesquisas de cunho social que têm como objetivo a descrição dos fenômenos ou o teste de hipóteses, podendo ser realizada em situações de campo ou de laboratório. Para uma aplicação mais eficiente desta modalidade metodológica, é importante que antes da coleta de dados, o pesquisador elabore um plano específico para a organização e registro das informações. Isto implica em estabelecer, antecipadamente, as categorias necessárias à análise da situação.

Na coleta de dados deste estudo, a observação sistemática foi orientada por um roteiro (Apêndice C) buscando alcançar a compreensão das relações entre os trabalhadores e os usuários no processo de produção do cuidado a partir das atividades terapêuticas grupais realizadas. Objetivamos, deste modo, possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (discurso) e a prática concreta nos serviços de Saúde Mental.

Foi registrada em diário de campo a memória do dia observado, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Como assinala Cruz Neto (1998), os registros no diário de campo deverão acontecer de modo sistemático e referir-se aos diferentes momentos da observação. As situações observadas e registradas objetivaram a descrição e não a explicação ou a busca das relações de causa. Tais registros foram utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas.

Em síntese, a coleta de material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados no grupo focal e participantes dos grupos observados.

Para uma explicitação sistemática das técnicas de coleta de dados relacionadas aos objetivos da investigação, apresentamos o quadro abaixo:

**Quadro II: Objetivos do estudo e técnicas de coleta de dados**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS</b>
* Analisar a (des) construção das abordagens terapêuticas grupais na produção do cuidado nos serviços de atenção à Saúde Mental no CAPS de Fortaleza-Ce;	* Análise Documental * Observação sistemática * Grupo focal
* Discutir as diversas formas de concepção das abordagens terapêuticas grupais para a equipe de trabalhadores do CAPS de Fortaleza-Ce;	* Análise Documental * Observação sistemática * Grupo focal

### **3.6 Análise e tratamento dos dados**

O material empírico originado a partir dos documentos, observações e grupo focal serviu para o melhor entendimento das questões deste estudo. Tomou-se como base a Análise de Conteúdo Crítica e reflexiva de Minayo (2006); Assis (1998) cujo objeto de análise é a práxis social e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento. A finalidade da análise de conteúdo é produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos (PUGLISI; FRANCO, 2005)

Minayo (2006) enfatiza que a Análise de Conteúdo Crítica e Reflexiva visa desenvolver hipóteses e descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. O que está escrito, falado, mapeado e explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto, seja ele explícito e/ou latente.

A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo “caminhar neste processo”, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos,

e, mesmo, “o pano de fundo” no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados (PUGLISI; FRANCO, 2005).

Esse tipo de análise procura proporcionar aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços, de uma forma apropriada ao tipo de problema de pesquisa proposto. A análise de conteúdo visa, portanto, a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar um olhar crítico em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações. Nesse sentido, relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (MINAYO, 1999).

Os passos sugeridos por Minayo (2006); Assis (1998) estão descritos abaixo:

### **1) Ordenação dos dados**

No primeiro contato com os “dados brutos”, realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das observações e sessões gravadas. Em seguida, procedemos à organização dos dados contemplados nas sessões e observações, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. Os discursos foram classificados e as observações organizadas por período observado em cada instituição.

### **2) Classificação dos dados**

Foi realizada leitura exaustiva e “flutuante” dos textos contidos nas sessões de grupo focal e observações, recortando e realizando uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada unidade de análise. Isto possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracterizou o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Como descrito acima, a identificação de vários núcleos de sentido, os discursos oriundos das sessões de grupo focal e observações contribuíram para a estruturação das categorias empíricas.

Após a elaboração das categorias empíricas selecionamos, em cada sessão e observação, os discursos e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, realizamos a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria e construímos dois quadros de análise para os trabalhadores e as instituições observadas.

Após a montagem dos quadros de análise para o grupo de participantes do grupo focal e instituições observadas, iniciamos a segunda etapa com a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das categorias empíricas. Elaboramos um cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compuseram a análise, realizando a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando o entrecruzamento de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

Para tanto, preliminarmente, foi selecionado o Projeto Terapêutico Institucional junto aos CAPS.

### **Quadro III - Entrecruzamento dos relatos do Grupo Focal com trabalhadores do CAPS**

(10 pessoas)

<b>Unidades Analíticas</b>	<b>Grupo Focal</b>	<b>Síntese Horizontal</b>
Concepção de Grupo Terapêutico		
Práticas de Cuidado em Saúde Mental		
<b>Síntese Vertical</b>		

Fonte: Sousa (2008) adaptado de Assis (1998).

**Quadro IV - Entrecruzamento dos relatos da observação dos grupos terapêuticos do CAPS**

<b>Unidades Analíticas</b>	<b>Observação Grupo 1</b>	<b>Observação Grupo 2</b>	<b>Observação Grupo 3</b>	<b>Observação Grupo 4</b>	<b>Observação Grupo 5</b>	<b>Síntese horizontal</b>
Acolhimento						
Vínculo						
Autonomia						
Responsabilização						
Resolutividade						
Grupo terapêutico: percepção e relevância						
<b>Síntese Vertical</b>						

Fonte: Sousa (2008) adaptado de Assis (1998).

No processo analítico, o confronto entre as sínteses horizontais dos grupos e a contínua revisão do conteúdo das entrevistas resultou na construção das unidades temáticas empíricas do estudo.

Nesta etapa do processo analítico empreendemos a leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Por fim, de forma mais acurada sob o material analisado, foi possível realizarmos a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as categorias deste estudo.

**Quadro V - Entrecruzamento das categorias empíricas**

<b>Categorias Empíricas</b>	<b>Síntese do grupo focal</b>	<b>Síntese das observações</b>	<b>Síntese do documento</b>	<b>Síntese horizontal</b>
O grupo como prática terapêutica interdisciplinar no cotidiano do CAPS.				
A produção do cuidado no CAPS.				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Sousa (2008) adaptado de Assis (1998).

O registro das observações não foi analisado a partir de quadros classificatórios. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos analisados e refletidos e as situações vivenciadas e observadas pela pesquisadora.

### 3) Análise final dos dados

Na análise final, o método escolhido para esse estudo foi a Análise de Conteúdo Crítica e Reflexiva de Minayo (2006) e Assis (1998), enfatizando o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para análise do contexto é exigido um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

Após a classificação dos discursos dos entrevistados no grupo focal e as observações realizadas, componentes das categorias empíricas, foram realizadas as sínteses horizontal e vertical. A partir disto, procedemos ao entrecruzamento entre os discursos dos sujeitos e as observações da prática, agrupando as idéias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

Os dados empíricos foram analisados tomando-se como referência as categorias empíricas que emergiram dos dados. A partir do material construído durante a sessão do grupo focal e as observações dos grupos, foi feito o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Triviños (1992), possibilitou às várias dimensões do processo investigativo estabelecer as convergências, as divergências, as complementaridades e o diferente.

Segundo Minayo (2006), essa intersecção de diferentes olhares torna possível a validação da pesquisa por meio da utilização simultânea de técnicas de análise, sujeitos e pontos de vistas distintos.

Para uma melhor compreensão textual, estabelecemos siglas para os grupos observados e o grupo focal com os trabalhadores:

**GO** - Grupo Operativo

**GOF** - Grupo Operativo com Familiares

**GP** – Grupo Psicoterapêutico

**GPF** - Grupo Psicoterapêutico com Familiares

**GTOP** - Grupo de Terapia Ocupacional com Psicóticos

**GFT** - Grupo Focal com os Trabalhadores.

**PI** – Projeto Institucional



#### **4 - RESULTADOS DA PESQUISA: CATEGORIAS DE ANÁLISES**

Conforme descrito anteriormente, discursos foram analisados buscando as divergências, as convergências, as complementaridades e o diferente, com a finalidade de obter uma compreensão crítica e reflexiva do fenômeno em questão. No decorrer da análise foram construídas categorias explicativas e empíricas, as quais foram elaboradas e discutidas, conformando-se da seguinte maneira:

**Categoria 1-** O grupo como prática terapêutica interdisciplinar no cotidiano do CAPS e suas subcategorias (Concepção de grupos terapêuticos no olhar dos trabalhadores de saúde mental; Atividades realizadas pelo grupo como promoção da saúde mental; A clínica como ferramenta do cuidado; A prática oficial e a subjetividade);

**Categoria 2** - Produção do cuidado no CAPS e suas subcategorias (Relações de cuidado: acolhimento, vínculo, autonomia, co-responsabilização e resolubilidade; Interdisciplinaridade, intersetorialidade e o trabalho em equipe).

### ***CATEGORIA 1 - O GRUPO COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA INTERDISCIPLINAR NO COTIDIANO DO CAPS.***

- ***Concepção de grupos terapêuticos: o olhar dos trabalhadores de Saúde Mental.***

A configuração de um modelo de atenção à Saúde Mental que busca romper com concepções e práticas tradicionais e excludentes estabelece a necessidade de elaboração de novos saberes e práticas. De acordo com este pressuposto, o modelo de atenção psicossocial, como proposta de instalação de um novo modo de atendimento ao sujeito com transtorno psíquico, diz respeito a diferentes procedimentos, tais como mediação das trocas sociais do portador de transtorno no sentido de aumentar sua contratualidade, favorecimento de um maior “grau de gerenciamento de si próprio” em busca de maior autonomia e ainda do estabelecimento de uma condição de “tornar-se referência” para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento (GOLDBERG, 1996).

Tomando os CAPS como serviços gerados a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, podemos identificar sua função de atender, prioritariamente, aos portadores de transtorno mental, além de outras atividades como supervisionar as unidades psiquiátricas hospitalares referentes ao seu território, capacitar a equipe da atenção básica em saúde, além de realizar e manter atualizado o cadastro de pessoas usuárias de medicações

psicotrópicas. Os atendimentos ocorrem tanto na forma individual quanto grupal, realizando ainda, atendimentos aos familiares dos usuários, ações na comunidade e visitas domiciliares, funcionando por meio de equipes multiprofissionais, dentro de uma lógica territorial e de forma independente de qualquer estrutura hospitalar.

Em todas essas atividades o cuidado deve ser desenvolvido tendo em vista as limitações que o transtorno psíquico impõe à existência no meio social do sujeito, ou seja, devem ser criados novos modos de cuidar e gerir o sofrimento no tecido social, preferencialmente por meio do engajamento, da implicação e do vínculo de atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado.

Neste sentido, Matumoto (1998, p. 28) assinala que

As demandas da população que ultrapassam o campo biológico, possíveis a partir do vínculo, vão descortinando o universo do não saber, fazendo o trabalhador se deparar com a falta de instrumentos em sua caixa de ferramentas para enfrentar tais problemas, e contribuem para esta sensação de insegurança e de não “dar conta”.

No que tange à produção do cuidado, o desafio consiste, portanto, na busca de opções alternativas no espaço que se conforma no encontro de necessidades, interesses e desejos, tanto dos usuários como dos trabalhadores e ainda dos serviços de saúde (MATUMOTO, 1998). As relações baseadas na produção do cuidado se dão no contexto em que as pessoas cuidam umas das outras, onde o poder é compartilhado e todos se interessam que o outro cresça.

Os trabalhadores de saúde, no momento de realizar a produção do ato de cuidar, expressam o sentido terapêutico daquela abordagem que, na relação com o usuário, está sendo utilizada, aspecto que é guiado pela real adequação ao sujeito que se encontra em sofrimento. A atitude terapêutica de ser fundamentada não na tutela, mas no cuidado e acolhimento da pessoa concreta com sua autonomia (BRÊDA, 2006).

Deste modo, o cuidado, definido como uma atitude que compreende ações educativas, apoio emocional, conforto espiritual e expressão de sentimentos, tanto por parte do cuidador como do sujeito que recebe o cuidado, se configura como planejamentos que os trabalhadores realizam quanto aos tipos e maneiras de cuidado que gostariam de dispensar frente à proposta de desinstitucionalização, reconhecendo que a Reforma Psiquiátrica está embasada em um novo modo de tratar e acolher o doente mental crônico (AMARANTE, 2001).

Na intenção de explorar essas paisagens psicossociais utilizamos dispositivos (BAREMBLITT, 1996), montagens ou artifícios de qualquer natureza, inventados para possibilitar a produção de inovações e acontecimentos. Tendo como referência Barros (1994), os grupos podem ser tomados como dispositivos em ação com potência de explicitar as linhas de força e de subjetivação, e desse modo, tornar evidentes os pontos de ruptura ao mesmo tempo em que provocam a transformação e mudam a orientação, criando assim, o novo.

A prática cotidiana do cuidado em Saúde Mental no CAPS, além de outras modalidades, envolve o trabalho em grupo, principalmente pelo fato de possuir, em sua essência um movimento dinâmico que encontra ressonância no próprio gênero humano. Deste modo, as abordagens terapêuticas grupais surgem como instrumento para a reintegração social do portador de transtorno mental, proporcionando-lhe a capacidade de gerenciar suas próprias vidas (PITTA, 2001).

Neste sentido, os grupos terapêuticos podem se revelar como instrumentos que possuem um amplo espectro de possibilidades para a atuação clínica. As temáticas necessárias para evidenciação e expressão da subjetividade humana são incorporadas de forma significativa neste tipo de intervenção.

Dentro desta perspectiva, observamos que as práticas grupais são reconhecidas pela equipe de trabalhadores como importante recurso terapêutico na realidade do serviço pesquisado. Sua relevância no tratamento se reflete nas falas de alguns dos entrevistados, ao expressarem a noção de que o grupo, como recurso inserido no cardápio do serviço de saúde mental, possui a função principal de “tratar” o transtorno psíquico, parece ser preponderante nas falas dos sujeitos entrevistados.

*E1- É um grupo direcionado para o tratamento de algum, de algum transtorno, de algum problema que atinge o paciente (GFT).*

Entendemos que, ao utilizar o conceito de “tratamento”, os trabalhadores mostram certa predisposição a entender o processo saúde-doença mental a partir do pressuposto da identificação de saúde com normalidade e dos sintomas psíquicos como algo que está “fora das regras” e “fora do normal”. A representação concreta desta concepção, cujas bases remetem ao paradigma de assistência à saúde centrado nos procedimentos e no saber psiquiátrico tradicional, pode se manifestar nas intervenções terapêuticas dos trabalhadores no cotidiano do serviço, por meio do funcionamento institucional caracteristicamente impositivo e limitado (COSTA-ROSA et al, 2001).

Entretanto, em consonância com o modo psicossocial, a concepção de doença como experiência singular de sofrimento do sujeito concreto, descarta a solução “cura” e lança a proposta de invenção da saúde, produção da vida e de reprodução social, tentando promover uma transformação no modo de viver concreto e cotidiano que alimenta este sofrimento (BRÊDA, 2006).

Com base nisto, assinalamos que a construção de um modelo de atenção que esteja direcionado à satisfação das necessidades de saúde exige uma articulação entre uma dada concepção do processo saúde-doença e um conjunto de práticas, que exige uma consistência interna entre os elementos constitutivos do processo de trabalho – objeto, finalidade, instrumentos e a ação dos trabalhadores para efetivamente objetivar-se em um produto (MENDES GONÇALVES, 1992).

Torre; Amarante (2001) analisam essa questão da seguinte forma:

Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. O trajeto que compreende da saída da condição de sujeitoado, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito.

A idéia de superar o funcionamento individualizante da sociedade consiste em perceber que para além do indivíduo há processos de produção de subjetividades que emergem no campo social. A idéia de indivíduo como **um** contém uma lógica dicotômica que perpassa para a noção de grupo, e que necessita ser repensada para a aquisição de uma nova articulação. Nesta mesma linha de pensamento, compreender o grupo como um **todo**, como uma totalidade indivisível reforça a lógica da dicotomia indivíduo-grupo e grupo-sociedade, demarcando o social como externo ao indivíduo.

A concepção de grupo como possibilitados da reinserção do usuário no ambiente comunitário também surge nas narrativas dos trabalhadores.

*E5 - Eu acho também que [o grupo] é um meio de reinserção social... a questão do respeito, a questão da posse, né. Várias outras questões que podem ser trabalhadas dentro do grupo. Isso vai fazer com que eles se reinsiram no meio social em que vive (GFT).*

Para Saraceno (1999, p.55), o trabalho terapêutico com vistas à reabilitação psicossocial possui dois aspectos essenciais, os quais seriam: “o suporte e a permissividade”. O suporte se refere basicamente à aceitabilidade e à compreensão que são dirigidas ao sujeito mediante seus problemas psíquicos, é a negação à atitude de respostas estigmatizantes e excludentes que possam levá-lo a um novo fracasso na vida. A permissividade diz respeito à expressão de sentimentos e comportamentos, mesmo que inegavelmente desviantes do comum. Verificamos assim que, tais dimensões são imprescindíveis para a construção de um ambiente propício ao cultivo de interações positivas que possam levar o usuário ao crescimento pessoal.

Desse modo, ressaltamos que a Lei 10.216 define que a reinserção social deve se basear em três dimensões: trabalho, família e comunidade, ou seja, as intervenções neste sentido deverão se realizar por meio de articulação com lideranças e outras instituições, participação em fóruns de discussão, trabalhos comunitários e busca de parcerias.

A análise realizada a partir das observações de sessões dos grupos terapêuticos revelou que existe uma tendência muito forte de tentativa de situar o usuário no contexto da vida comunitária, ou seja, a preocupação em “trazer” o usuário para a dinâmica vivencial. O relato a seguir foi obtido da observação de um grupo de Terapia Ocupacional, também denominado no serviço como “Grupo de Psicóticos”.

*A trabalhadora pergunta que dia é hoje e os usuários respondem prontamente que é 13 de junho, dia de Santo Antonio, o santo casamenteiro. A outra trabalhadora indaga: “quem fez simpatia para arranjar namorado ou namorada?” “quem sabe contar alguma simpatia pra arranjar marido?”. Todos riem. Um usuário diz que Luiz Gonzaga “já se foi”, é ultrapassado. A trabalhadora explica que ele é bem tradicional, e que é o maior representante da música nordestina (GTOP).*

O processo de reabilitação psicossocial não diz respeito somente a preparar o usuário para uma convivência saudável com a comunidade, mas também de preparar a comunidade para acolher as diferenças sociais, portanto, os serviços substitutivos têm como prioridade não a solução para a crise, e sim o cuidado para com a remissão dos sintomas da crise (RABELO, 2005).

Surge, portanto, a necessidade de se compreender como se fabrica um sujeito, por meio dos processos de enunciação e de produção de subjetividade. O sujeito-indivíduo expressa um enunciado, que é sempre coletivo, no seu modo de viver, morar, falar, pensar, sentir, tudo se encontra no campo social e é assimilado pelo indivíduo em sua existência. Este

modo de funcionamento pode se realizar como um processo de homogeneização que considera os múltiplos componentes dos processos de subjetivação (BARROS, 1994).

Este aspecto é evidenciado por um trabalhador entrevistado quando, em seu discurso expressa sua concepção de grupo.

*E2 – O grupo sempre não é uma somatória das pessoas que estão no grupo, o grupo em si é maior que a soma de todos e aí a gente vê muito no nosso grupo isso (GFT).*

Compreendemos, portanto, que, para a equipe de trabalhadores do CAPS, o grupo é concebido como uma instância cuja existência vai além do simples ajuntamento de pessoas, constituindo-se como uma manifestação das individualidades dos participantes. Tal idéia é consonante com a proposição da noção de grupo na qual o "todo é maior do que as partes", ou seja, um grupo se configura como uma nova identidade, sendo mais do que apenas o somatório dos seus membros.

Evidencia-se assim, a necessidade de que as identidades individuais dos participantes sejam mantidas e preservadas, com o objetivo de que as pessoas mantenham a sua individualidade e não se transformem numa massa indiscriminada. Para tanto, é exigida como premissa, uma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, ou seja, que seja estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes.

Um importante componente do campo de força do fenômeno grupal consiste na imitação, ou naquilo que se repete de maneira diferente, que possibilita emergir, nos encontros, nos vínculos através das simpatias, ressonâncias e afetos, “unidades mínimas em constante transformação”, como o “sentar-se em círculo”, “calar quando os outros falam, os gestos que atraem outros gestos, os olhares. Tais expressões têm capacidade de gerar imitações em série e produzir invenções” (LANCETTI, 1994, p. 162).

A dinâmica do grupo modifica os lugares (papéis) usualmente reservados para usuários e trabalhadores, mobilizando em cada um, diferentes reações. Os usuários, acostumados a acatar as decisões dos “doutores”, vistos como os detentores do conhecimento sobre a vida, a morte e a doença, se encontram diante do exercício de pensarem sobre que tipo de grupo, de atendimento e de saúde desejam para si.

Este movimento retrata uma mudança na estrutura social hierárquica e autoritária constituída historicamente, ao assumir o papel de quem deseja, tem aspirações, necessidades,

o que se mostra como um desafio presente em todas as práticas que intencionam ser substitutivas ao dispositivo psiquiátrico.

Os trabalhadores do grupo, por sua vez, devem estar preparados para a percepção de necessidades diferentes. Muitas vezes, pela própria formação, foram aprendendo e assimilando como corretas e necessárias, dimensões que nem sempre correspondem às da comunidade com a qual trabalham. Além disso, tais profissionais se defrontam com suas próprias necessidades, herdeiros desses modos como ocorreram suas formações, bem como dos pressupostos que as orientaram.

Neste sentido, a característica do grupo como ambiente propiciador de resultados positivos no desenvolvimento do processo terapêutico do usuário se reflete várias vezes nos discursos dos trabalhadores, demonstrando grande convergência nos sentidos expressos.

*E2 – [Grupo é] troca de experiência, de historicidade, integração de conhecimentos, um problema que pode ser visto de um e de repente, a pessoa que passa pelo mesmo problema e aí ela se identifica e utiliza, de algumas estratégias que aquela pessoa utilizou e deu certo, né, pode ser também, é, às vezes vai repetindo, características do grupo de vantagens da instituição, como para o próprio paciente (GFT).*

*E2 – (...) e aí a gente vê muito no nosso grupo isso, o exemplo de um, funciona muito bem como modelo para o outro (GFT).*

O grupo se conforma como um lugar privilegiado de troca de experiências e de auxílio mútuo entre os participantes na compreensão do sofrimento e em sua superação. O processo grupal permite o envolvimento dos usuários por meio de um elo que se estabelece nas interações e no espaço intersubjetivo (Lane, 1981). A condição de implicação mútua na espaço que se forma na relação “entre” usuário e trabalhador e usuário e usuário, é o que possibilita a transformação pessoal e mobiliza a mudança no âmbito social. O ato de criar laços de solidariedade entre os participantes possibilita ao grupo a constituição de uma comunidade que se relaciona a partir do olhar da cultura pelo qual as pessoas enxergam o mundo.

A função do grupo como um espaço no qual o sujeito percebe a não exclusividade do seu problema e assim é capaz de romper o isolamento e o segredo que envolvem o seu sofrimento, pode diminuir as resistências inerentes ao transtorno psíquico ao ampliar a percepção de si e do mundo e portanto, proporcionar uma significativa melhora em seu estado.



Os benefícios e vantagens da utilização de práticas grupais para o serviço e conseqüentemente para os trabalhadores que nele atuam são explicitados por um dos entrevistados, quando expõe sua percepção.

*E2 - A instituição tem a vantagem de estar trabalhando com vários indivíduos no mesmo horário, ocupando apenas um profissional, apenas uma sala, é, então assim, é muito mais, é muito menos custoso, o investimento que se tem é bem menor, mas não é só isso mesmo não (GFT).*

Ao considerarmos as atividades em grupo oferecidas e desenvolvidas no cotidiano dos serviços assistenciais como artifícios inovadores da possibilidade de produção de subjetividade e de reabilitação psicossocial, devemos levar em conta a realidade institucional, que se apresenta limitada no que se refere à excessiva demanda populacional.

Existe uma exigência premente de que os serviços acolham as necessidades da população e a necessidade da instituição com relação aos trabalhadores, o que se mostra como uma demanda de urgência e pedido de socorro.

Diante desta realidade, é evidente a demanda por resultados eficazes e imediatos, na inexistência de condições mínimas de efetivação e de qualquer aproximação entre as condições reais e o que se espera conseguir, coloca o atendimento numa posição assistencialista e paternalista, cujas funções primordiais seriam o medicalizar, tratar, interpretar e curar.

De acordo com esta suposição, podemos notar, claramente, o sentido de abafar o conjunto das carências, e como finalidade implícita, impedir que o temido possa emergir, buscando proteção diante do contato intersubjetivo, da dor e do sofrimento do outro e do fenômeno da loucura.

A "mania grupalista" é usualmente encontrada em muitas instâncias do setor saúde, e mais especificamente de saúde mental, servindo como paliativo e disfarce para as verdadeiras questões que surgem nas instituições de atendimento em saúde mental. A realidade mostra que não se formam grupos terapêuticos e sim, os pacientes são agrupados de modo a ampliar o atendimento e assim atender o maior número de usuários.

O momento atual revela a existência de uma crise no saber constituído da ordem médica, em que desaparecem as barreiras entre o que é saudável e o que é anormal. Verificamos então que os sintomas são tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e da instituição. Acreditamos assim, que é por este motivo, que as respostas rápidas são

intensamente perseguidas e desejadas. Espera-se que elas propiciem uma recolocação da situação em bom andamento.

Nesse sentido, passamo-nos a questionar se tal movimento se encaminha com vistas à manutenção de uma antiga ordem que dá garantia aos papéis e funções estabelecidos previamente e que se mostram mais cômodos e seguros para todos.

A realidade da população brasileira nos mostra que, na maioria das vezes, as pessoas mais carentes de cuidados são aquelas mais afetadas pelos fatores sócio-político-econômicos como desemprego, miséria, violência, baixa escolaridade, que contribuem significativamente para o agravamento dos problemas de modo geral.

No entendimento de Luz (1997), as conseqüências do aumento das desigualdades sociais, do desemprego, da pobreza e da violência, geram desgastes profundos nos laços sociais, provocando exclusão e perda da identidade cultural.

Tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença e sofrimento, no que se refere à amplitude de causas e efeitos e ainda na relação com o campo social, muitas vezes não é possível curar os sujeitos, o que não impede de cuidar dos mesmos.

A atitude do cuidado implica acolhimento, envolvimento e compaixão, e embora a relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado seja assimétrica, devem estar presentes a interação, a troca e o respeito pelos diferentes saberes (LACERDA; VALLA, 2006). É por tanto, direcionada para o acolhimento e a troca de experiências, originando sentimentos de pertença a um determinado grupo ou comunidade. Sentir-se incluso em uma comunidade ou em uma rede de relações sociais, ajuda o indivíduo a reconstruir sua singularidade e identidade, proporcionando a atribuição de novos sentidos e significados ao seu modo de andar a vida.

Os espaços de intervenção coletiva alcançaram uma posição de destaque como potencializadores de geração da autonomia do usuário na Atenção Primária à Saúde (APS). A possibilidade de atuar no âmbito coletivo pode favorecer uma maior interação entre trabalhador de saúde e usuário, sendo assim caracterizado como um ambiente de cuidado diferenciado. A produção do acolhimento e do vínculo decorrente dessas intervenções grupais é posta também como contribuinte da produção da autonomia do indivíduo na saúde (SCHIMITH; LIMA, 2004).

É certo que a educação em saúde é, na maioria das vezes, compreendida por muitos trabalhadores, como uma ferramenta de intervenção democrática e emancipadora, o

que pode ser facilmente constatado nas práticas cotidianas dos serviços, manifestando-se num caráter educativo e instrutivo acerca de formas mais eficazes de convivência com o transtorno. Entretanto, diante de uma observação mais acurada, percebemos que, muitas vezes, a produção de autonomia do usuário está intimamente associada ao aprendizado do que é considerado como a melhor atitude no enfrentamento de suas dificuldades, o que é justificado dentro de um leque privilegiado de atitudes a que o usuário deveria assimilar e se apropriar. Apresentamos um registro que exemplifica como tais práticas têm sido empreendidas e compreendidas no serviço pesquisado.

*As trabalhadoras pedem que doem ao CAPS para os usuários que precisam e TI orienta que U2, como esposa, deve observar se o marido está tomando corretamente a medicação (GOF).*

*A trabalhadora diz que o crack corrói não só o físico, mas também o espírito. Afirma também que internamento não adianta se o usuário não deseja se libertar (GO).*

*Como a usuária credita a sua pressão alta ao excesso de sal na alimentação, o grupo dá algumas dicas de como preparar a comida sem muito sal. O trabalhador diz que conosco pode acontecer de funcionarmos com uma panela de pressão e sofrermos muita pressão, o que pode nos levar a estourar, em alguns momentos, como uma panela. Diz que devemos, algumas vezes, ser como panelas comuns, que tampam e destampam e em outras como a de pressão, que retém os alimentos e fica abafada. A usuária se mostra pensativa e reflexiva (GP).*

O ato de cuidar deve ser organizado de modo intencional atribuindo intencionalidade ao outro que é cuidado. Cuidar do outro pode equivaler tanto a um saber o que fazer com o outro quanto a um querer-saber, com disponibilidade e interesse. Assim, constata-se que existe um modo de cuidar que deve evitar atitudes de manipulação para com aquele que é cuidado, que “sabem o que fazer com ele”, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidado fosse conhecido pelo cuidador.

Nesta perspectiva, o grupo pode favorecer a produção desse cuidado que ocorre também por meio das trocas de experiências, de enfrentamento dos problemas, gerando apoio mútuo e solidariedade, além de promover a criação de laços de amizade e confiança, possibilitando o resgate de uma auto-estima positiva.

*E2- [o grupo] melhora a auto-estima. Troca de experiências, a pessoa melhor se socializa. (GFT)*

A concepção do grupo expressa pelo trabalhador, como um espaço de florescimento de ganhos de autonomia e de processo de fabricação de cidadania (MERHY, 2007), é corroborada pela expressão de alegria e de descoberta de potenciais até então

ignorados das usuárias de um grupo de familiares num dos CAPS componentes do nosso estudo.

*A trabalhadora apresenta o fanzine que foi elaborado por todas as participantes do grupo e que será distribuído na recepção do CAPS, para todos aqueles que adentram no ambiente. U3, ao ver o fanzine, expressa que nunca imaginou que seria uma escritora, que está surpresa consigo mesma. As usuárias riem animadamente e o material é elogiado por todas (GPF).*

Ao estabelecer como pressuposto básico na condução do processo das atividades grupais, a atitude fundamental do “sem julgamentos”, ou do “colocar a doença entre parênteses”, os usuários percebem uma abertura à vivência de experiências desprovidas de conteúdos negativos, de comentários ou expressões depreciativas, que reduzam a si mesmos ou aos outros. Deste modo, conta-se com a criação de um clima propício de respeito às diferenças e abertura às experiências de troca e de exposição de conteúdos emocionais.

A premissa de considerar cada indivíduo em sua singularidade, mas que também apresente uma potencialização de uma produção de sujeito capaz de olhar para o cuidado de si de uma outra forma leva à possibilidade de uma prática conduzida e pautada por saberes multiprofissionais concretizados num projeto terapêutico constituído de novas formas de abordagem, capazes de ampliar a intervenção, para que o sujeito se aproprie de mecanismos que favoreçam a compreensão e a administração do seu transtorno e da sua vida em geral (DIMENSTEIN, 2007).

Percebemos claramente uma significativa ampliação do recorte do objeto, se comparado ao objeto no modelo médico-hegemônico, o que também ocorre com a finalidade do trabalho, que se torna mais ampla, porém com a intenção de prevenção de novas crises, recuperação da convivência no meio social através da potencialização dos esforços individuais - indivíduo e família - para lidar com suas limitações.

Para Dimenstein (2007), ocorre a apropriação de instrumentos mais complexos do que aqueles que visam à simples redução de sintomas, valendo-se de conhecimentos de outras áreas, instaurando práticas que buscam realizar o enfrentamento dos determinantes estruturais do processo saúde-doença mental.

Tendo como objetivo principal desenvolver projetos para ampliação dos espaços de liberdade dos sujeitos, há necessidade, nesta concepção de assistência à saúde mental, da atuação de trabalhadores que sejam sujeitos "dinamizadores", segundo a perspectiva de Paim;

Almeida Filho (2001), capazes de firmar a recusa ao determinismo absoluto que dita um lugar para a subjetividade e para a loucura.

Em outras palavras, trata-se então de desvelar, por meio de sua prática cotidiana, as armadilhas que distanciam o trabalhador, inserido nesse campo, de uma verdadeira práxis transformadora, pois, freqüentemente, encontra-se capturado pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecânico e burocratizado (CAMPOS, 1994).

Para uma explicitação mais completa desta idéia, tomamos Merhy (2007, p. 61), ao expor sua visão de um coletivo de trabalhadores (do CAPS) efetivamente engajada em um agir antimanicomial, significando um encontro autopoietico, um movimento de vida produzindo vida.

(...) Spinoza me ajuda a pensar – de forma bem livre – que a vida em produção, como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma dessas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isso, tomo esse empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegre. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso.

Diante disto, é possível verificar que o agir em saúde dos trabalhadores, pode, por vezes, apresentar-se por meio de intervenções pouco singulares, pouco inovadoras em sua intenção de produzir subjetividade e vida. Uma relação dialógica trabalhador-usuário é a premissa para a problematização, escuta, compartilhamento e encaminhamento de alternativas ao adoecimento do usuário.

Considerando que a padronização pode ser o primeiro passo para a instituição de uma autoridade, o risco da utilização de técnicas de dinâmica de grupo que não proporcionam uma abertura ao diálogo ou à expressão de voz e de sentimentos do participante, se dá no sentido de que aquilo que está sendo gerado nas abordagens grupais não esteja relacionado à produção de relações disparadoras de redes sociais vivificadoras, no plano individual e coletivo (MERHY, 2007).

A seguir, apresentamos o relato que expressa a concretude do ato cuidador.

*Todos em círculo ouvem a leitura da ‘Oração da serenidade’ pela trabalhadora e encerram o encontro dando informes a respeito da próxima sessão (GO).*

*A trabalhadora pede para finalizar a sessão e lê um texto denominado ‘Superando as frustrações’, que fala sobre persistência, estabelecimento de metas, reforço à auto-estima e amor próprio. Ela lê e explica a mensagem do texto. Pede que se levantem e dêem as mãos*

*para, em círculo, cada um dos usuários dizer uma palavra que represente o seu momento no grupo (GO).*

Entendemos que a produção do cuidado envolve uma relação cuidador-cuidado em que o cuidador não deve deixar se escravizar pela técnica ou pelo saber totalizante dos exímios conhecedores. Espera-se que ele seja guiado por formas de intervenção flexíveis, atentas às necessidades individuais de saúde dos usuários, tendo assim a capacidade para trabalhar com uma realidade desafiadora e complexa que não está enclausurada nos modelos teóricos aprendidos na academia (OLIVEIRA, 2002).

A intencionalidade prática e política do trabalhador de Saúde Mental é o que subsidia toda a assistência e o desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário, e não somente as tarefas/ações desenvolvidas nos serviços de saúde. É claro que não se pode prescindir das ações, pois a práxis subtende um conhecimento comprometido que não se conquista apenas com reflexões e princípios.

As atividades aplicadas nos atendimentos grupais como expressões corporais, dança, pintura e artesanato podem servir como propiciadoras de autoconhecimento e comunicação com o corpo anatômico, social e psíquico e podem atuar como disparadores de emancipação e tratamento dentro das propostas de reabilitação psicossocial (OLIVEIRA, 2002).

*O trabalhador prepara o grupo para o segundo momento, que é uma seqüência de exercícios corporais, envolvendo relaxamento, respiração, equilíbrio, todos realizados com a mente consciente. Ele explica os objetivos do trabalho. Todas participam efetivamente dos exercícios, mostrando-se concentradas e focadas na fala do trabalhador. Ele próprio verbaliza suas sensações ao fazer os movimentos e sugere que as usuárias repitam os exercícios em casa, antes de dormir. As usuárias são auxiliadas pelo trabalhador na realização dos movimentos, visto que algumas apresentam nítidas dificuldades, e também elogiadas quando conseguem fazê-los satisfatoriamente (GP).*

A postura técnico-política do trabalhador se expressa tanto no uso de recursos técnicos e teóricos contextualizados, de acordo com as características e necessidades da clientela, quanto nos modos de estabelecer relacionamentos com a equipe de saúde e com os usuários, de forma democrática, não hierarquizada e verticalizada. Implica ainda numa responsabilização e mobilização dos diversos espaços coletivos pela melhoria da qualidade de vida da população.

Por outro lado, os usuários parecem perceber as suas potencialidades e o êxito de seu processo de reabilitação quando desenvolvem eficazmente as atividades propostas no

decorrer dos encontros nos grupos. Podemos identificar tal aspecto no relato da observação a seguir.

*Após os exercícios de alongamento, a usuária afirma que "adora o grupo", principalmente quando são propostos os exercícios de alongamento, sentindo-se muito bem depois deles. Diz que se sente com saúde e que seu "tratamento" está indo bem (GP).*

Contudo, as limitações do grupo também são explicitadas no que se refere à inadequação de alguns usuários às práticas grupais, quando se revela a noção de que existe um perfil de usuário que não se encaixa na dinâmica grupal.

*E2 - É, eu só queria também discutir as limitações do grupo pra não ficar sempre só com a idéia do grupo ter as soluções pra tudo. Só com as vantagens. E eu vejo muito mais vantagens, eu sou um entusiasta do grupo na teoria e na prática. Tem o grupo de dependência química e eu acho que a grande maioria tem que trabalhar é no grupo mesmo, mas tem alguns pacientes, algumas atividades específicas, alguns traumas específicos, alguns transtornos de personalidades específicos que eu tô querendo falar em algumas categorias que no caso não estão dentro do grupo ou pelo menos visar que seja trabalhado individualmente, e isso acontece na maioria dos CAPS. É uma preocupação, primeiro porque uma coisa que tem aqui dentro é a preocupação da divisão dos grupos. Grupo não é tudo igual, tem grupo de auto-ajuda que não é obrigatoriamente, tem vínculo terapêutico, aqui nós temos grupos do tabagismo, grupos psicoterapêuticos, grupo de oficina terapêutica, grupo de entrevista motivacional, então todos eles, quando a gente e vocês que tão passando por isso percebe o que cada um tá vivendo muito de perto e o que cada um tá conseguindo criar essas variedades de grupo e aqui mesmo com tantas variedades que eu acho que falta na maioria dos CAPS, aqui tem uma biodiversidade, mas tem o atendimento individual e isso também falta e aqui a gente tem, mas a gente percebe que é cada vez maior de alguns casos que precisarem primeiro de um atendimento individual para depois fazer participar do grupo.*

*E1-Mas também alguns [usuários] que não têm perfil nenhum, não se concentram, não levam o grupo pra frente e só atrapalham os outros. A gente encontra muito isso (GFT).*

Nossa compreensão a respeito do discurso do entrevistado é no sentido da necessidade da atenção por parte do trabalhador na identificação correta do usuário que realmente apresenta o perfil para ser atendido no grupo, se ele tem condições de permanecer, de criar vínculos e realizar as trocas interpessoais, ou se isso se constituirá num fator ansiogênico.

Seria esta percepção uma espécie de intuição, uma apurada sensibilidade por parte do profissional que já possui uma vivência capaz de lhe possibilitar tal discernimento?

Neste aspecto, percebemos que a trabalhadora forçosamente nos coloca diante de uma questão essencial: a triagem, ou seja, a seleção de quais os pacientes que poderão ser beneficiados com o grupo terapêutico. Consideramos cabível e oportuno trazer a

caracterização de triagem contida no detalhamento das atividades do Projeto Institucional (PI) do serviço pesquisado.

*A triagem caracteriza-se como primeiro serviço de assistência ao usuário, inicialmente fornecendo informações básicas sobre o serviço, acolhendo suas demandas e através da escuta ativa busca-se apreender a história de vida e da doença de cada paciente, a fim de traçar o delineamento do mapa terapêutico e apontar diagnóstico de cada caso. Cabe a qualquer profissional em nível superior da equipe realizá-la, mediante composição da escala de atendimento, perfazendo quatro turnos semanais (PI).*

Entretanto, acreditamos que existe pouca reflexão acerca da questão básica: seria o grupo a melhor indicação ou apenas um substituto, uma opção, já que não existem tantas alternativas a serem oferecidas? Por vezes, a realidade nos revela que o tema da discussão gira mais em torno de qual trabalhador irá fazer a triagem do que quais seriam os critérios para a grupalidade.

Nos CAPS estudados o atendimento grupal é intensamente valorizado, sob todos os ângulos de seus benefícios e vantagens. De acordo com o Projeto Institucional, os grupos são vantajosos também para a instituição. Os trechos que se seguem fazem parte do documento citado e são transcritos literalmente.

*GRUPOS DE SALAS DE ESPERA: consiste em atividade junto a grupos informais de pacientes e familiares que ocasionalmente encontram-se aguardando consultas ou outro tipo de atendimento. Neste sentido, procura-se aproveitar o tempo de ociosidade da espera em atividade produtiva, constituindo-se em momento de contato do profissional com o usuário, onde há discussão de temas sócio-educativos, espaço de tirar dúvidas, manifestação de satisfação ou insatisfação com o serviço, dentre outros.*

*GRUPOS TERAPÊUTICOS: os grupos terapêuticos dos serviços são espaços ímpares para a construção do espírito interdisciplinar, haja vista que a coordenação de cada um deles conta com a participação e a troca de saberes entre membros de categorias profissionais diferentes (PI).*

Ao nos referirmos à clínica como um conjunto de práticas sociais destinadas a proporcionar saúde física ou mental de pessoas ou coletividades, podemos deduzir que ela se refere, neste sentido, a uma ética de cuidados com a vida. Tal ética se revela na busca de repostas efetivas e eficazes às demandas dos usuários dos serviços de saúde, o que pressupõe a implementação de esforços teóricos, metodológicos e também técnicos.

A clínica, conforme apresentada por Mendes (1996), não se configura como um exercício cuja essência prime pela neutralidade, visto que sempre existirá a exigência de um posicionamento frente às práticas e fundamentações teóricas que estão sendo utilizadas, a favor da criação de vida ou não. O caráter político manifestado na prática clínica surge na resistência às estratégias de controle, na afirmação de espaços e tempos de criação e ainda na elaboração de produção de existência pessoal e social na saúde.



Partindo-se do pressuposto que, a partir da reforma no modelo de assistência à Saúde Mental, a clínica não mais se mostra como sinônimo da clínica psiquiátrica, e passa então, a assimilar os preceitos e propostas da atenção psicossocial, a dimensão subjetiva do usuário é incorporada como um dos alicerces teórico-práticos do tratamento. Deste modo, o processo do tratamento é orientado tomando a fala do paciente não no registro da patologia, mas como índice de sua condição existencial (GOLDBERG, 1996). Este aspecto pode ser observado claramente na narrativa de um dos trabalhadores de grupo entrevistados.

*E3 - É, e é bom também porque a gente, nesse trabalho aqui, a gente vê um modelo diferente do modelo hospitalar. O modelo [de atenção] é realmente diferente, aonde, você, tipo assim, como eu digo na terapia comunitária né, que é a terapia de grupo, que é um tipo de terapia em grupo, aonde naquele modelo clássico, tradicional, conservador, eu digo assim pro paciente: "você tem o problema e eu tenho a solução". Não, nós nessa abordagem aqui no grupo [dizemos] "nós temos um problema, nós temos uma solução", mais ou menos isso.(GFT)*

Na compreensão de Goldberg (1996), a clínica deve favorecer a construção de um projeto pessoal, marcado pelas vicissitudes da doença, mas com o desejo e a intenção de atingir uma meta específica. É a partir deste enfoque que se deve tentar criar condições para que se estabeleça um vínculo, seja pela relação individual com o usuário ou ainda pelo agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo.

Esta direção conduz à produção de bens e serviços que se desenvolve juntamente com a produção de sujeitos e coletivos (CAMPOS, 2003). A construção conjunta de meios de apropriação dos problemas do usuário e de resoluções ou formas de lidar com as suas dificuldades possibilitam uma mudança na estrutura institucional, nos usuários e nos trabalhadores.

Neste sentido, o espaço da ação terapêutica incorpora questionamentos, preocupações e iniciativas que não são comumente associadas à clínica. Ao usuário é oferecido um projeto para seu tratamento que diz respeito, essencialmente ao acompanhamento da sua vida e, embora o saber psiquiátrico não seja dispensado, outros saberes são incorporados aos instrumentos e práticas. A esse procedimento deu-se o nome de "Clínica Ampliada" (GOLDBERG, 1996).

Deste modo, conforme explicita Campos (2001), a clínica não se manifesta somente na prática do médico, mas na prática de todas as profissões que estão atuando no cotidiano do diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. A interlocução com a clínica é imprescindível no sentido de viabilizar uma mudança nos serviços de saúde.

Ao se levar em conta o sujeito, e a sua voz, essa nova clínica não apenas revela a sua dimensão política na luta pela cidadania do "louco", mas possibilita que surja um espaço para que sua fala seja considerada não somente no registro da doença, mas como indicativo de sua condição subjetiva.

A utilização do fenômeno grupal como instrumento terapêutico demonstra a amplitude de possibilidades da modalidade do grupo para a atuação clínica. As temáticas necessárias para o desenvolvimento e expressão da subjetividade do usuário são incorporadas significativamente nas intervenções propostas.

A possibilidade da ocorrência de diálogos e encontros calcados pela escuta genuína e acompanhamento direto na construção dos projetos terapêuticos cria um espaço para o compartilhamento de experiências e vivências. Deste modo, por apresentar diversos olhares voltados para uma questão em comum, a prática terapêutica grupal pode, assim, favorecer ao surgimento de uma maior capacidade resolutiva para com o sofrimento do sujeito (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

## **CATEGORIA 2 - *PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CAPS.***

- **Relações de cuidado: acolhimento, vínculo, autonomia, co-responsabilização e resolubilidade.**

A produção do cuidado é concebida a partir das relações efetivadas no modo de lidar com a saúde humana e sua permanente manutenção do equilíbrio psíquico, orgânico e social. Assim, a dinâmica dos trabalhadores de saúde na operacionalização do cuidado se desenvolve a partir de elementos de sua prática cotidiana e da participação da elaboração mútua de um espaço dual em que as necessidades e demandas interagem com as responsabilidades e diretrizes do sistema de saúde.

Neste espaço relacional, as possibilidades são definidas a partir da visão de mundo de cada sujeito em si e de todos. A partir de uma concepção tradicional e limitada de cura, só é possível implementar atividades direcionadas a esta compreensão.

As práticas cuidadoras tomam para si elementos dos atos clínicos operados continuamente nos cenários assistenciais e terapêuticos. Consoante aos modelos de assistência e atenção à saúde, tais atos se configuram a partir de elementos constitutivos que caracterizam a delimitação de seu objeto de ação: o sujeito ou a doença?

Na clínica psicossocial, voltada para o sujeito em sofrimento psíquico e sua reabilitação social, assim como, para a promoção da saúde da mental, se instituem elementos de uma ampliação da prática clínica oficial, em que a prioridade se dá apenas pelo diagnóstico e o tratamento biológico e psíquico.

Dessa forma, incorporam-se elementos dispositivos para a construção da clínica dos sujeitos, em que a subjetividade humana aflore na busca de suprir suas necessidades de vida e saúde. A operação da clínica ampliada incorpora tais elementos e enfatiza a potencialização da integralidade a partir do acolhimento e do vínculo, da co-responsabilização e construção de autonomia. A resolutividade provém deste processo em que tal suprimento coincide com o modo de andar a vida de cada sujeito envolvido.

Os nós críticos presentes no cotidiano dos serviços compõem o emaranhado da rede em construção e a trajetória do usuário dentro da operação segmentada ou única, fragmentada ou integral, parcializada ou total, enfim, definidas a cada momento por encontros e desencontros, afetos, ressonâncias, acolhimentos e vínculos (GUATTARI, ROLNIK, 1999).

Assim, a forma de acolhimento empreendido se dá na sutileza do processo dialógico, na relação cuidador-sujeito cuidado, ou seja, a partir das diferentes significações envolvidas nos gestos, atitudes, falas, ações e procedimentos presenciados no ato vivo de empreender a manutenção da saúde.

Ao observarmos a chegada do usuário ao CAPS, podemos perceber um conjunto estruturado e sistematizado que delimita a procura pelo serviço ao determinante definido na oferta e na demanda vivenciada rotineiramente. De certo modo, a condição premente de cada usuário prevalentemente comum à rotina do CAPS, efetiva um *modus operandi* da equipe frente a cada singularidade no todo.

Comumente, a rotinização do fluxo operacional do usuário vem suprida por uma referência anterior, sendo que, denota um comprometimento em rede, já que a Atenção Básica, no caso, o PSF, efetiva tal procedimento por meio de guias ou relatórios clínicos.

O espaço e a ambiência refletem a abordagem de chegada e a recepção acolhedora, já que, em se tratando de uma cidade urbana em que os domicílios sempre distam demasiadamente do CAPS, a condução e locomoção de cada usuário são sempre necessárias e, por vezes, extenuantes.

A utilização da arte, como expressão deste clima estrutural do ambiente de recepção, se consolida por meio de pinturas, esculturas e harmonização de cores, texturas e

objetos. A musicalidade no ambiente permeia a cada momento a leveza das possíveis relações a serem efetivadas com necessária tranquilidade, atenção e respeito.

Por outro lado, o toque acolhedor inicial é apenas um elemento do conjunto de ferramentas que podem possibilitar ou não o acolhimento no cuidado em Saúde Mental. Porém, já pressupõe a existência de um cenário mais propício às trocas e interações necessárias nas abordagens junto ao transtorno psíquico.

Podemos perceber que, na condução da acessibilidade do usuário, o fluxo rotinizado pela singularidade coletiva da demanda atendida no CAPS, o comprometimento com a resolução de cada necessidade apresentada, muitas vezes, direcionada para outros serviços da rede ou até mesmo de outros setores.

A partir da flexibilidade dos protocolos de cadastramento, neste caso, mais propícios às mudanças circunstanciais da subjetividade humana, toma-se a participação no processo terapêutico, relativizado por ambos, enfatizado diretamente na anamnese (entrevista) por onde são canalizadas as dificuldades, diagnósticos, transtornos, sintomas e adaptações ao modo de vida social.

Com este contato inicial, projeta-se a planejamento das intervenções a serem desenvolvidas na condução da terapia, quando os trabalhadores entrelaçam seus saberes e habilidades com a finalidade de contribuir na construção de um plano terapêutico participativo, emancipatório e inclusivo.

É notório que existe a necessidade prevalente por intervenções farmacoterápicas, prescritivas e normalmente relacionadas à consulta psiquiátrica. Pelo fato do serviço ter uma crescente demanda, o procedimento de revisão clínica e a conseqüente prescrição de medicamentos para controle ocorrem nas consultas dos psiquiatras da equipe direcionados para esta situação.

Foi possível percebermos a necessidade premente do usuário no que diz respeito ao acompanhamento medicamentoso. Inclusive, este parece ser prioritário em relação à sua participação nos grupos terapêuticos.

*Um dos usuários se desculpa, pois tem de sair da sala para falar com a psiquiatra do serviço e receber a receita de seu remédio. Afirma que não pode deixar pra outra hora. (GO).*

Na condução terapêutica com integralidade, que esteja voltada para a integração do usuário nos diversos serviços oferecidos pelo cardápio do CAPS, percebemos claramente a diferenciação e contra-hegemonia do tratamento diretivo e farmacológico, pois este incorpora

as tecnologias das relações, as abordagens grupais, ou seja, as ferramentas da clínica voltadas para a subjetividade humana.

O processo de acolhimento no CAPS demonstra uma dinâmica operacional ativa. As necessidades apresentadas na porta de entrada envolvem diversas situações, casos e histórias de vida em que a simples rotinização do fluxo de forma linear não daria conta de tamanha multiplicidade de problemas.

Porém, a partir da implementação de atividades e estratégias, conta-se com o determinante cronológico para efetivar transformações na rede de atenção, na prática assistencial e nos mecanismos voltados para a promoção da saúde.

Devido à necessidade do trabalho contínuo, a consciência e a participação ativa se dão ao longo do tempo e somente assim é compreendida por todos os sujeitos a necessidade de determinadas atitudes, ações e evocações no âmbito do cuidado. Para tanto, nesse espaço, a ligação ocorre por meio do vínculo e da co-responsabilização.

É preciso conceber o acolhimento como um elemento que emerge na formação do vínculo e na responsabilização compartilhada de todos os sujeitos, em seu território, para ampliar a potência resolutiva do cuidado. Nesse sentido, a escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o transtorno psíquico e suas relações sócio-culturais (AMARANTE, 2007).

*Ao iniciar a sessão, o trabalhador pergunta como foi na semana passada, com a sua ausência, como estão todos e quais mudanças têm acontecido. Ele estimula que elas falem, repetindo as questões (GP).*

*Quando todas concluem as trabalhadoras solicitam que formem um círculo, de mãos dadas e que se despeçam do grupo, dizendo uma palavra representativa de seu sentimento naquele instante. Neste momento, todas as falas são reforçadas, podendo-se perceber que estão realmente sendo ouvidas. Após todas as usuárias se colocarem, as trabalhadoras também falam de seus sentimentos e dão por concluída aquela sessão e aquele grupo, quando elas se abraçam e se despedem entre si (GOF).*

No encontro dialógico é expresso o que se necessita para o equilíbrio da saúde e a solicitação do cuidado é respondida em ato. Muito embora, dependendo de outros determinantes, tais como tempo, demanda, disponibilidade para escuta e responsabilização, o pedido não coincida com a referente intervenção.

A demanda passa a ser entendida como necessidade quando se toma a dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. A constituição de novas estratégias no cuidado integral interpela a transformação das práticas profissionais e da

própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Então, neste sentido, deve se interpor à demanda pela condição apresentada nas portas de entradas, nas recepções e nas salas de triagem e assim contemplar situações sociais e de saúde que determinem a constituição de uma rede condizente com a realidade comunitária.

Do ponto de vista relacional, a demanda permeia ainda a própria organização das práticas de saúde na produção do cuidado. As tecnologias leves tendem a criar um espaço efetivo e criativo de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos elementos de acolhimento, vínculo e responsabilização organizados na assistência à saúde (AYRES, 2004).

Na abordagem terapêutica grupal, a expressividade é mantida transversalmente em todas as estratégias utilizadas para o enfrentamento direto do sujeito com seus anseios, angústias e dificuldades. A exposição do sentido e do vivido por meio de técnicas e espaços criativos nas diversas terapias, ao mesmo tempo, em que relativiza, vincula e acolhe.

A ênfase do modo de operar o cuidado reside basicamente no acolhimento e está incorporada ao processo de relações humanas a ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todas as etapas do atendimento e do projeto terapêutico. Assim, o ato acolhedor não está limitado somente à recepção do usuário, mas se constitui numa seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (MATUMOTO, 1998).

As relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários, muitas vezes, são compartilhadas pelo sentimento de re-construção deste construto de atuação que se apresenta na demanda como transtorno, patologia, doença e em outra perspectiva, induz a promoção da saúde por meio das evocações subjetivas e da acomodação de novas formas de se enfrentar o mundo pelos sujeitos no caminho da saúde mental.

Ao conceber o vínculo na produção do cuidado diferenciamos a ligação heterônoma, ou seja, a relação de vinculação em que um dos sujeitos não obtém possibilidades de construir sua autonomia e muito menos, atribuir condições para sua emancipação subjetiva ou social.

Percebe-se, desta forma, o elemento do vínculo como um integrador dos diferentes sujeitos na busca de suprir suas demandas, responsabilidades e necessidades. A empatia relacional se dá apenas na dimensão do cuidado em saúde. Dessa forma, possibilitam-se acordos, compartilhamentos e contratualizações de cunho terapêutico.

Os discursos evocam o vínculo formado nas relações terapêuticas com uma dualidade recíproca entre quem cuida e quem é cuidado. A troca de saberes perpassa os diálogos entre os sujeitos a partir de diversos momentos de compartilhamento de emoções, sentimentos e histórias de vidas. A adaptação terapêutica é potencializada na conciliação do que se precisa e o que se oferece.

*E1-Eu acho legal assim no grupo também que tudo o que foi falado é muito importante também, mas tem a questão também, que às vezes o próprio paciente, no decorrer do grupo, ele se torna um suporte para outros que 'tão' entrando sabe, a gente tem muito exemplo aqui de casos de pacientes que se tornam exemplos e isso também é muito importante porque é a questão da vivência deles porque isso é construído com o tempo, né, as pessoas vão fortalecendo esse vínculo e também, com a gente também, é, a gente vai aprendendo muito com ele também, a gente vai conciliando a teoria com a prática, realmente foi isso que a gente sonhou pra eles, acho muito melhor nesse sentido também (GFT).*

A vinculação do trabalhador de Saúde Mental denota uma peculiar característica de responsabilidade para com as ações empreendidas e conseqüentemente com a construção de uma clínica múltipla que acrescenta a subjetividade humana e as prerrogativas sociais.

À medida que o usuário participa das atividades terapêuticas propostas e actualizadas em seu projeto terapêutico entre o mesmo e a equipe do CAPS, a condição de adaptação, emancipação e reabilitação surge na mesma proporção. O usuário torna-se referência para o seu próprio caminhar e ainda reflete uma boa exemplificação para com os outros sujeitos.

Percebe-se uma interação dinâmica entre os elementos subjetivos da produção do cuidado em saúde mental. A acolhida está ligada circunstancialmente com a vinculação co-responsabilizada para a resolução plena das necessidades de saúde da população.

O acolhimento é apresentado conceitualmente como elemento para interrogar processos intercessores que se constroem nas relações das práticas de saúde, buscando a responsabilização clínica e sanitária por meio de uma intervenção resolutiva. Nesta compreensão, é impossível a produção da responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

No cotidiano do CAPS, a relação usuário-trabalhador de saúde configura-se também como um encontro subjetivo. As indicações e preferências para efetivar o cuidado são delineadas no espaço de troca e diálogo. A lógica funcional do serviço retém este fio condutor na elaboração de uma seqüência de propostas, ações e intervenções para possibilitar a reabilitação psicossocial.

Na constituição de um CAPS resolutivo e integrado com a rede de cuidados em saúde e Saúde Mental, toma-se como importante premissa organizacional e ordenadora de fluxo, a acolhida da demanda de forma integral.

Tendo incorporado os elementos da produção do cuidado integral no processo de trabalho em saúde mental, a construção da rede substitutiva fortalece suas finalidades resolutivas e intersetoriais.

Independente da forma operacional da atividade terapêutica ou clínica, os encontros entre os sujeitos envolvidos são ligados por meio da fala, da escuta, da comunicação. A existência contínua desta forma de lidar com as necessidades de todos os envolvidos no processo terapêutico parece permitir uma consolidação resolutiva.

*A usuária ressalta ainda a importância da escuta por parte dos facilitadores, na vida “lá fora” ninguém a escuta direito (GPF).*

Ainda assim, é válido ressaltar que o cuidado implica diretamente na existência do acolhimento, solidariedade e compaixão. A relação cuidadora emerge na interação, na troca e no respeito entre os diversos saberes envolvidos. Alguns exemplos de possibilidades clínicas no campo da saúde, tais como a homeopatia, o apoio social, e demais recursos, propiciam o acolhimento dos sujeitos e parecem promover o alívio do sofrimento. São ofertadas situações em um cardápio diversificado para que o estímulo da consciência crítica e a autonomia do indivíduo em sofrimento permitir que se restaure ou afirme os sentidos e significados frente às experiências da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

A atuação em rede se faz no processo intersetorial e principalmente junto à própria malha de serviços do setor saúde. Os níveis de complexidade da atenção à saúde evidenciam a Atenção Básica como uma das portas de entrada do usuário do SUS e é pela mesma que se pretende fortalecer e ampliar a imersão dos sujeitos no processo de transformação clínico-social.

Com base nisto, o CAPS apresenta como uma das suas metas, a desinstitucionalização, amparada pela possibilidade de construção e invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade. A complexidade do sujeito na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio são aspectos altamente relevantes nessas relações com o meio em que vive.

Neste caso, a família se apresenta como ponto de orientação das práticas de acordo com o modo psicossocial, visto que ela é a base fundamental no processo de



reinserção do sujeito com transtorno mental na sociedade e no próprio meio familiar. O acolhimento, a visita domiciliar, o atendimento individual e grupal aos familiares fazem parte do conjunto de atividades que buscam implementar uma parceria com os diversos atores desse processo (BRASIL,2004).

*A trabalhadora afirma que, como o grupo vai ser encerrado, as usuárias devem procurar uma atividade para cuidarem de si, já que precisam cuidar do seu familiar “doente”. Todas concordam e citam exemplos de como podem fazer isto (GOF).*

Em seu papel de atenção comunitária, o CAPS persegue a meta de estabelecer o redirecionamento da assistência nos responsáveis do tratamento por meio da inserção familiar, pois a participação da família na assistência ao usuário é extremamente valorizada, para o alcance de melhor qualidade de vida do sujeito e da família. A parceria com a família se constitui em estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com o transtorno psíquico no território, proporcionando a potencialidade de trocas entre o serviço, usuário e sua rede social (ROSA, 2003).

Para tanto, é preciso implementar o instrumental técnico dos trabalhadores de saúde associado à ação prática de acolhimento e vínculo para com o usuário e familiares ao significado estabelecido nesta relação. Tal condição está diretamente voltada para a resolutividade do CAPS, da própria Atenção Básica e na forma com a qual os sujeitos envolvidos atuam no campo da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

O modelo de redes de cuidado configura as ações de saúde mental na atenção básica. A base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas buscam o estabelecimento de vínculos e acolhimento da ação em saúde.

A rede de Saúde Mental deve permitir o ativo e legal cumprimento dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e para sua articulação (saúde mental e atenção básica) resultam as seguintes diretrizes fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

O entendimento múltiplo da intervenção em Saúde Mental traça uma perspectiva de atuação da equipe do CAPS. As definições constitucionais da política refletem a forma inovadora de atender a demanda, de planejar a própria clínica psicossocial e admitir o espaço social, no caso, o território como um lugar importante na complexa subjetividade humana.

A reabilitação psicossocial dos usuários que sofreram longa permanência institucional é perpassada por intervenções e interseções de vários campos, pois a integralidade do cuidado implica, além da desospitalização, a reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego e lazer, e de outras necessidades que se superpõem à atenção possível apenas na reorganização de serviços (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JÚNIOR, 2007).

Pelo mesmo lado da Reforma Psiquiátrica temos a construção da substituição de um modelo excludente e promotor de seqüelas além da organicidade biopsíquica. A retração social encontrada em alguns usuários decorrente de um tempo considerável de separação do mundo social diminui o espectro de atuação e perspectiva terapêutica emancipatória.

Para tentar modificar este contexto limitado pela própria condição sócio-histórica, somente pela escuta das demandas é que se possa traçar uma possibilidade de modificação de algumas rotinas dos serviços, tais como, a extinção de algumas práticas e criação de novas formas de trabalho, com o intuito de aumentar a satisfação dos pacientes, atender suas demandas e melhorar a qualidade do serviço (LACERDA, VALLA, 2005).

No processo terapêutico em que se promove a escuta, a troca, e muitas vezes, a própria abordagem grupal como forma de enfrentamento das situações clínicas permeadas na produção do cuidado, surgem algumas características importantes e estimuladoras para construção de um novo contexto de saúde.

Os discursos convergem numa afirmativa reconhecadora do papel de cada elemento do grupo, quando assim opta-se terapeuticamente, na resolução de problemas, anseios e dificuldades de todos os participantes. Assim, como explicitam os participantes, as funções passam por todos, e não apenas por aqueles que têm em si, a responsabilidade direta por tal condição condutora.

*E3 - Isso, e quem 'tá' mais próximo dele [do usuário] pode sugerir uma saída.*

*E2 - Pronto, é, essa possibilidade que ela 'tá' falando é bem interessante porque às vezes, a gente como terapeuta não quer aconselhar nem quer fazer nenhuma sugestão, mas quem tá próximo dele, consegue fazer isso (GFT).*

É fato que somente quem vivencia a natureza do adoecimento psíquico e sua interface com a interação social é que sabe e percebe todas as dificuldades ou não desta condição. Na expressão deste sofrimento e sobre a forma de lidar com o mesmo, torna claro

que ainda é possível promover a vida, mesmo quando alguns determinantes insistem em negá-la.

É no processo terapêutico que vai ocorrer esta vinculação diretiva e responsável. Na medida em que se fala, são expostas todas as dificuldades e facilidades de manter o processo de interação social, os direitos e deveres de cidadão, a delicadeza do transtorno e a autonomia a ser construída.

Na construção inicial e fortalecimento contínuo do vínculo fica premente à questão da responsabilidade e do compromisso. Criar vínculos implica a existência de relações tão evidentes e próximas que os profissionais possam se sensibilizar com todo o sofrimento alheio, sentindo-se responsáveis pela vida e morte daquele que o procura, o que pode arquitetar uma intervenção nem burocrática nem impessoal, estando, dessa forma, em consonância com um dos sentidos de integralidade: as práticas em si (MERHY, 1994).

A prática clínica em Saúde Mental permeia a sensibilização direta dos sujeitos envolvidos. No CAPS, os instantes se ativam diretamente na operação do cuidado. A situação de saúde, a condição social, o sofrimento enfrentado ou a limitação física são alguns dos elementos que insurgem prevalentemente em cada parte do serviço.

O cotidiano do serviço de Saúde Mental é transversalizado por situações sociais diversificadas e múltiplas. A responsabilidade de se tentar construir a cidadania e a autonomia dos usuários requisita ferramentas complexas já que a situação de saúde não é a única condição determinante do processo terapêutico.

A segmentação interventiva, que poderia agregar ou separar o processo terapêutico das condições sociais dos usuários, no campo da Saúde Mental é quase impossível, já que a indissociabilidade entre o psíquico e o social constitui o princípio da atitude terapêutica psicossocial.

No entanto, para se planejar atividades e efetivar construtos terapêuticos, a limitação social reduz as alternativas mais aptas para se dirimir as dificuldades e transtornos subjetivos. Ao tentar indicar e dialogar sobre possíveis ações, atitudes e participações, os sujeitos que já têm o direito básico de vida anulado, não apresenta perspectivas em outras dimensões.

Os trabalhadores do CAPS estão constantemente a se deparar com um choque social. A definição de um plano perpassa por um cenário em que poucas são as disponibilidades e muitas são as necessidades. O usuário que chega ao serviço, na maioria das

vezes, é aquele que não se alimenta, não tem onde morar dignamente, não tem emprego, não estudou e não tem lazer.

*O usuário recém-chegado ao grupo diz que veio ao CAPS à pé e vai voltar à pé para casa. A trabalhadora informa que ele e todos os participantes receberão o vale-transporte. (GO).*

O tenso espaço social ainda remete tais sujeitos a compactuadas atitudes de preconceito e estigmas voltados para o adoecimento psíquico, que aumentam ainda mais a exclusão do seio social. A limitação para interagir na vida em sociedade parece ser uma luta constante entre a sobrevivência e a interposição de que se tem o direito a viver.

O determinante social impulsiona a todos os sujeitos envolvidos no cuidado a encontrar novas alternativas de tratamento, de inserção e de construção. A solidariedade não deve ser elemento de plenitude do pedinte e do doador, pelo contrário, deve acontecer na intenção de apresentar um cenário de oferta mais digno em que o usuário, agora limitado, possa expandir sua forma de viver no mundo.

Tal atividade não se constitui de facilidade no andamento do processo, já que a relação com a sociedade demanda tempo e articulação relacional. A incorporação de práticas de outros setores sociais é feito ao longo do tempo e ainda assim precisa levar em consideração todas as peculiaridades de cada serviço, instituição ou empresa participante.

Na criação destas interlocuções é ainda observado que o usuário é elemento essencial para que as ações ocorram e dêem resultado. Diferentemente do que se planeja de forma oficial nas parcerias, vai ser na lida diária de execução das atividades que o usuário vai incorporar ou não suas habilidades, vontades e afetos para com o proposto.

Na tentativa de se propor uma rede de serviços de respostas positivas, a avaliação das ações em saúde, a partir de uma perspectiva de resolutividade, reporta ao espaço do atendimento às necessidades e não ao tratamento, compreendido como advindo e demarcado pela subjetividade e criador de direitos dos usuários.

A dimensão resolutiva e eficiente está linearmente amparada pelas respostas dos atos e procedimentos terapêuticos em si, permeados pelo olhar da investigação científica, e além de tudo, tentando encontrar saídas para com a tendência limitada de fazer e pensar saúde. As práticas são sócio-históricas e estão erigidas na resposta de que as próprias ações terapêuticas podem gerar no trabalho, no resultado alcançado pelo serviço, como proposta de terapia e de consumo de atividades em saúde, preterindo de certo modo, o âmbito da autonomia do usuário (MERHY, 1999).

A aceitação alienada da legislação prescritiva e em alguns casos, pré-definidas e simplificadoras, é agir com o emolduramento da desconsideração da multiplicidade de saberes e práticas que reordenam a constituição dos CAPS, validando o seu fazer solidário e experimental. O lugar da crítica, da auto-análise, da ressignificação da práxis nasce dessa mudança de postura, a qual viabiliza a elaboração de novos sentidos, de novas vidas, para além da eliminação e interdição dos desejos (MERHY, 2007).

O referencial transversal para o cuidado implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos pólos da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade e nesses encontros “concretos” re-significam e consolidam as práticas, ensinam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Os discursos convergem para o entendimento da transversalidade dos determinantes sociais envolvidos na produção do cuidado em saúde mental:

*E5 - Eu acho também que é educativo, vários pacientes também e é um meio de reinserção social... a questão do respeito, a questão da posse, né. Várias outras questões que podem ser trabalhadas dentro do grupo. Isso vai fazer com que eles se reinsiram no meio social em que vivem (GFT).*

A reinserção social pode ter seu início no CAPS, mas sempre em direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (Atenção Básica, Residências Terapêuticas, ambulatórios, Centros de Convivência, clubes de lazer, entre outros) (BRASIL, 2003).

O componente de sofrimento subjetivo está associado a toda e qualquer doença, e, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável. Neste entendimento, todo problema de saúde é também “mental” e toda saúde mental é também “produção de saúde”.

A responsabilização para com a construção do projeto terapêutico é propiciada e determinada pela forma com a qual se constróem as relações de cuidado. Os elementos integralizadores que proporcionam diálogo, escuta e encontro é mais propício a tornar possível uma actualização de atividades, metas e objetivos frente ao transtorno psíquico.

No compartilhamento de todo o contexto vivenciado é que podem ser explicitadas as verdades, as vontades e os desejos para com a existência do sujeito. O CAPS apenas

disponibiliza as opções terapêuticas, mas o seguimento e a participação são tão somente ofertados de forma ética e cidadã.

O trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Este tipo de dispositivo precisa ter claro o seu objetivo, evitando-se assim, a banalização de sua ocorrência. O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso de forma particular a cada um dos participantes, e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço (CAMPOS, 2001).

Assim, em consonância com este posicionamento, a divisão e a negociação de responsabilidades no cuidado em Saúde Mental entre os atores sociais que o compõem, dá-se por meio do cercar, conquistar, convencer, do acompanhamento e agenciamento do usuário, o que envolve uma complexa rede social de suporte.

Costuma-se falar da responsabilidade do usuário sobre os próprios atos, mas logo se aponta a necessidade de compartilhar encargos sobre o cuidado com familiares e comunidade. Os processos de individualização ocorrem através da responsabilização de entes intermediários.

A rede substitutiva está sendo resultado de uma longa história de lutas e conquistas que se travam até a atual conjuntura. As modificações são definidas na própria convivência com o tradicional e hegemônico modo de se fazer assistência, ou seja, ainda é percebida a essencialidade da patologia em detrimento do sujeito.

Por outro lado, no CAPS, a história vai tomando uma trajetória diferente e contínua. Na medida em que se possibilitam intervenções mais voltadas para o modo de andar a vida do sujeito, tendo-o como o outro que precisa ser cuidado mas não anulado como pessoa e muito menos como cidadão, toma forma uma reprodução caracteristicamente social da saúde.

Assim, constitui-se um modelo de atenção com base nas práticas desenvolvidas na rede de cuidados, muito embora, o processo ainda seja precoce e tenso, é neste emaranhado que ressurgem práticas, saberes e olhares sobre quem mais precisa de ajuda terapêutica.

No campo da Saúde Coletiva, o agir em saúde, evidenciado pela comunicação ativa e pela gestão participativa de todos os sujeitos (usuários, trabalhadores de saúde e gestores) consolidam uma concepção de aproximação e enfrentamento do que se estranha no cotidiano dos serviços de saúde: a concepção Paidéia.

Esta concepção reconhece os modelos da prática médica e clínica tradicional, voltadas para o corpo e para a doença, mas adiciona uma nova concepção epistemológica e organizacional denominada de Clínica Ampliada (e compartilhada), baseada na construção do trabalho clínico em um “neo-artesanato”. As responsabilidades macro e microsanitária são construídas explicitamente a partir desta prática clínica (CAMPOS, 2006, 2003; LANCETTI, 2007).

Nesta perspectiva, a autonomia do profissional no ato clínico é uma possibilidade de adequação de tal prática às imprevisões factíveis da trajetória subjetiva humana. Alia-se a essa necessidade o requisito da motivação destes profissionais para a dedicação ao processo de produção da saúde. No entanto, parece haver certa resistência em se resgatar a responsabilidade dos casos e a própria autonomia requisitada diante da singularização dos eventos, sob custódia, em grandes sistemas e/ou organizações de saúde (CAMPOS, 2006).

Quando se toma a concepção de resolutividade como suprimento das necessidades de saúde do usuário, emergem nos discursos elementos resolutivos como segue:

*P – Quais as vantagens que vocês vêem, na Saúde Mental, de trabalhar com os grupos?*

*E2- Melhora a auto-estima.*

*P– O que mais?*

*E3 - Melhora a auto-estima, né.*

*E1- Melhora a auto-estima, troca de experiências...(GFT)*

A auto-estima está ligada à visão de mundo e a própria relação do sujeito com o mesmo. Na medida em que a conjuntura social produz uma exclusão do sujeito do que deveria ser comum a todos, reações internas podem ser desencadeadas e percebidas como falta de habilidade, falta de competência, remetendo a uma configuração “deficiente” frente à realidade da sociedade.

A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, conseqüentemente, do vínculo estabelecido na relação usuário-trabalhador, inseridos numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

Assim, podemos, a partir dos relatos de alguns usuários coletados nas observações das atividades confirmar o caráter de resolubilidade nas ações do equipamento grupal.

*A trabalhadora pergunta o que mudou na prática em sua vida. A usuária responde que está mais segura de si e que se recusa a fazer algo que não deseja. Até gestos simples como uma consulta médica, “arrancar um dente”. Para ela dizer “não” é um exercício que precisa ser praticado.*

Retomamos aqui, novamente, a premissa da acessibilidade, pois ao restringir o atendimento a determinados serviços ou programas, a universalização da atenção passa a ser caracterizada como um sistema segmentado e desarticulado na interioridade do sistema público e na cadeia organizacional do sistema em sua totalidade (ASSIS et al, 2003).

O acesso aos serviços do CAPS está operacionalizado de forma explícita em todos os momentos de chegada do usuário à unidade. É fato notório a necessidade de ter que passar por uma avaliação, porém este procedimento tem o objetivo de organizar e detectar as prioridades no atendimento.

O questionamento das relações, a evidência dos conflitos e a descrição das potencialidades do cuidar em saúde são práticas do cotidiano. Tais práticas podem ser tomadas como fonte de criatividade e de críticas, e assim, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico como da própria sociedade, ao expressar sua participação ativa e constituinte de novos saberes sobre saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O relato de uma das sessões grupais ilustra o exposto.

*Novamente o facilitador incentiva a autonomia das usuárias, dizendo que elas podem realmente viver sem os remédios e desestimula a dependência daquela terapia (grupo). Estimula a espontaneidade de todos os participantes, falando que cada um pode se mostrar do jeito que é (GP).*

Santos; Assis (2006) discorrem que o “coeficiente de autonomia” do usuário pode ser ampliado na busca por suprir suas necessidades de saúde e, também, que todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas.

O trabalho em Saúde Mental, pela própria forma paradigmática e dialética apresenta limites operacionais e terapêuticos que, por vezes, precisam ser explicitados, como o discurso seguinte nos apresenta:

*E2 - É, eu só queria também discutir as limitações do grupo pra não ficar sempre só com a idéia do grupo ter as soluções pra tudo.(GFT)*

As abordagens terapêuticas grupais proporcionam um formato coletivo de se trabalhar com a subjetividade humana e também com a relação dos sujeitos entre si. No



entanto, nem tudo e nem todos têm uma adaptação e resolução direta de seus anseios e dificuldades nesse modo de operar o cuidado.

A prática clínica ressurgue a cada momento. Na interlocução com outros serviços, tal como o PSF, as formas e delineamentos de fluxos e demandas perpassam por atitudes e práticas que se efetivam em cotidianos e espaços múltiplos.

Ao observarmos, no CAPS, a forma operacional da efetivação da abordagem grupal, percebemos que a mesma não interposta à conduta terapêutica, e ainda assim, não somente no espaço interno do serviço, já que a oportunização das técnicas grupais ocorrem, inclusive, no território, junto aos sujeitos próximos de suas micro-áreas do Programa Saúde da Família.

No entanto, os serviços que têm por objetivo a transformação das instituições segregatórias, iatrogênicas e eliminatórias do ponto de vista terapêutico, no caso dos CAPS, priorizando a cidadania do sujeito com transtorno psíquico acima da psicopatologia enraizada na lógica assistencial, precisam instituir dispositivos coletivos democráticos e terapêuticos (LANCETTI, 1994).

Os discursos dos trabalhadores expressam a necessidade avaliativa do processo grupal no enfrentamento terapêutico:

*E2 - Além dessas dificuldades, como tem grupo de tudo e o grupo é muito variado. Como tem grupos bem positivos também tem grupos que não podem ser tão bons e aí eu sinto uma dificuldade enquanto instituição de ter um instrumento que pudesse avaliar esses grupos, esse grupo aqui é um grupo que está indo muito bem, esse grupo não está indo bem, como a gente não tem isso a gente nunca sabe se os grupos estão indo muito bem ou bem não pra poder inclusive repor melhor o grupo. Pra depois a gente avaliar melhor o grupo (GFT).*

A condução diretiva da forma de avaliar é resultante de um longo formato efetivo de perceber a doença como algo passível de cura. No entanto, a subjetividade humana não é limítrofe e nem cartesianamente definida para apresentar resultados conclusivos. Ao se propor o trabalho grupal, não se coloca o resultado imediato, pelo contrário, se apresentam as indefinições, as incertezas e as impossibilidades existentes para que se construam novas trajetórias.

A superação da fragmentação do cuidado perpassa pela relação dos trabalhadores de saúde entre si e junto aos usuários dos CAPS. A escuta proporciona uma atenção voltada para as necessidades de saúde do sujeito social, portador de vontades, desejos, sonhos e

escolhas. A escuta e o diálogo favorecem a integralidade do atendimento e do cuidado e suas relações no âmbito dos cenários SUS (MATTOS, 2006).

A preocupação com o sofrimento humano ainda não é objeto integrante das atitudes na prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles se deparam com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Os casos atendidos em Saúde Mental não se encerram nunca. Elaborar um projeto terapêutico é um árduo trabalho, pois na lida com as pessoas envolvidas, o descompromisso, a retração ou negação são comuns na argumentação do desequilíbrio psíquico (LANCETTI, 2007).

O modo de cuidar em Saúde Mental remete à ativação esquizofrênica de fazer, tratar, ouvir, executar, manter, avaliar, enfim, agir. A tarefa é definida de forma ativa e pontuada a cada instante pelo vivido e pelo sentido. A organização dos serviços e das relações empreendidas deve incorporar este espaço complexo de ações e reações.

Com relação a isto, Merhy (2007, p. 26) afirma:

Nesta micropolítica dos encontros territorializam-se, dentro das loucuras que ela contem, relações onde sujeitos/territórios interditam sujeitos/territórios. Os encontros explodem como revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento.

O encontro autopoietico é aquele que ocorre, micropoliticamente, entre duas, três ou mais vidas e em mútuas produções. É o movimento da vida que produz vida. Pensar de forma antimanicomial seria conceber um cuidado (clínico) autopoietico (MERHY, 2007).

No grupo terapêutico percebemos a evidenciação não apenas de casos clínicos individuais, voltadas para um agravo ou transtorno, e sim a troca de uma historicidade do sujeito que se evoca a cada fala e a cada discurso.

A vida em sociedade é o retrato expresso pelo sujeito. A dificuldade delimitada pelo sofrimento é que bloqueia algumas atitudes e ações, mas por outro lado, pode instigar a modificação do enfrentamento na adaptação no meio social.

Na esfera dessa elaboração do sujeito, a atenção à saúde que se queira e se permita integral não pode se restringir ao espaço terapêutico, ao eixo de comunicabilidade com o usuário, mas passa a admitir as circunscrições socioculturais em que este sujeito se insere e se revela. É preciso perceber o cuidado como rede, como uma articulação de outros organismos e redes de apoio (SILVA JUNIOR et al, 2005).

Posto isso, argumentamos que, de acordo com o entendimento de que a produção de saúde não se efetiva exclusivamente com a legitimação de certas estratégias substitutivas ao manicômio, tais como os serviços dos CAPS, pelo poder público, visto que nos referimos a tal produção enquanto um projeto complexo, abrangente e diversificado que atue sobre a multiplicidade de aspectos que abarcam a vida dos sujeitos.

Deste modo, produzir saúde baseado nesta compreensão, consiste em realizar um trabalho extensivo e intensivo com todo o corpo social no sentido de ultrapassar o enfoque do cuidado na doença, para uma implicação direta com a existência do sujeito que está adoecido, operando com ele modos de vida possibilitadores de sentido e sociabilidade.

Na tentativa de percebermos na atenção integral antes da demanda, os sujeitos, antes da aproximação entre dois mundos distintos ou do estabelecimento do discurso terapêutico, a intersubjetividade, o diálogo entre sujeitos multifacetados, pré-concebidos, pré-moldados antes desse possível encontro (AYRES, 2001).

O trabalho em equipe permeia o cuidado e a prática clínica precisa intensificar sua absorção e expandir sua entranha técnica para que permita o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio no sujeito e em seus contextos. Por conseguinte, esta prática da equipe interdisciplinar deve direcionar as atividades pertinentes ao modelo adotado na produção do cuidado. A co-responsabilidade entre a equipe e o usuário formata o cenário das possíveis intervenções terapêuticas.

O cuidado concebido integralmente precisa ultrapassar o plano do discurso e se manifestar na prática. A conjuntura atual está caracterizada pela compilação de conteúdos e dispositivos que podem instrumentalizar esta reação em favor da estruturação da atenção em saúde mental.

A missão de produzir o cuidado integral a partir da prática clínica voltada para o sujeito se desenvolve juntamente com a possibilidade de transformação do agir em saúde. A condição humana caracteriza as relações do processo de cuidar a partir do modo de ser e viver e também nas concepções existenciais subjetivas do indivíduo e da coletividade.

O cuidado deve ser integral em todas as suas dimensões. A construção de uma clínica voltada para o sujeito proporciona uma emancipação cidadã em relação às necessidades de saúde e de vida. A estruturação objetiva da clínica tradicional privilegia conhecimentos sedimentados historicamente do processo de adoecer humano que tem como base a condição orgânica da enfermidade. A ampliação da prática clínica expande os limites

teórico-conceituais utilizando também tecnologias alinhadas com o contato interpessoal e a evidenciação da subjetividade em busca do projeto terapêutico emancipatório e resolutivo.

### ***CATEGORIA 3 - INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE.***

As profundas mudanças desencadeadas pelo processo de transformação do modelo de atenção à Saúde Mental têm desencadeado inovações nos processos internos dos serviços substitutivos, exigindo, por outro lado, a incorporação de novos valores, atitudes e comportamentos por parte dos profissionais (TONI, 2003).

Assim sendo, pensar o trabalho em saúde implica em pensar o cuidado centrado no usuário e em suas necessidades e não nas categorias profissionais, pois a diversidade de situações exige respostas imediatas, sob pena de causar maiores danos ao sujeito portador de transtorno mental. Deste modo, a integração de diferentes categorias profissionais e disciplinas do conhecimento visando um objetivo comum é essencial para que a assistência ao usuário aconteça de forma produtiva e eficiente.

Reforçando esta idéia, trazemos Costa-Rosa (2000, p.156) que afirma que “o meio de trabalho característico do modo psicossocial é a equipe interprofissional”, que deve intervir por meio de uma ação integral que visa ao sujeito como existência-sofrimento.

No entanto, a hegemonia do modelo biomédico centrado em procedimentos reforça as especialidades e a centralidade do ato médico, principalmente com relação ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa. Deste modo, é nítida a concentração da valorização dos usuários no profissional médico e a pouca notoriedade direcionada à intervenção de outro profissional.

Neste sentido e complementando esta idéia, Baremlitt (2006, pp. 06, 07) afirma que “as diferentes formas de manifestação do sofrimento humano não são domínio exclusivo e excludente de nenhuma disciplina e sim são concernentes a todas as disciplinas e a todas as modalidades do saber e do fazer”.

Diante deste cenário, os CAPS se apresentam como representantes desta nova rede de atenção à Saúde Mental, configurando-se como um equipamento protagonista no âmbito da Reforma Psiquiátrica. O processo de trabalho que oferece embasamento a este equipamento se articula junto aos usuários e à rede pública de saúde, por intermédio de

arranjos e dispositivos institucionais condizentes com uma clínica ampliada, a qual se sustenta sob uma práxis cotidiana orientada pelos princípios da interdisciplinaridade, da universalidade e da responsabilização pelo cuidado integral de seus usuários, tal como foi preconizado pelo SÚS.

De acordo com esta premissa, os CAPS, em muitos casos, abrigam profissionais com formação caracteristicamente fragmentada e preparados para atuar especificamente em seus nichos específicos, que ao se depararem com a proposta de um modelo de atenção que tem o usuário como foco e a reabilitação psicossocial como meta, são obrigados a realizar um exercício permanente de articulação de saberes e busca de reciprocidade na intenção de produzir o cuidado.

Com relação a isto, torna-se cabível cogitarmos o fato de que os cursos de formação no nível de graduação das ciências da saúde não tenham acompanhado o ritmo do processo de transformação do modelo de assistência ao portador de transtorno psíquico, o que pode ter levado a um descompasso entre o ensino e a prática.

Uma vez que o objeto de trabalho dos serviços de Saúde Mental no modo psicossocial envolve as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas e biológicas, o trabalho interdisciplinar se mostra como um grande desafio para a prática, frente à imensa gama de corporações profissionais atuantes no desenvolvimento de ações psicossociais. A integração entre diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial (COSTA-ROSA et al, 2001).

O que se observa, nestes casos, é a justaposição de conteúdos adquiridos no processo de formação, quando o que está implícito de fato, é a necessidade de uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca de uma relativa unidade de pensamento e ação. Não é raro haver confusão entre relações pessoais amistosas e relações profissionais voltadas para um trabalho em equipe, além de distanciamento das necessidades do usuário (MENDES, 1996).

Merhy (2007, pp. 57, 58) expõe assim sua noção do trabalho no campo da Saúde Mental:

(...) é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar e intersetorial. E que, em última instância, só vingará se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos/atores sociais, ou seja, ao constituir-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a

multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social aberto ao processo de fabricação de cidadanias, novas e inovadoras.

A interdisciplinaridade, no entanto, "implica um diálogo e troca de conhecimentos, de análises, de métodos entre duas ou mais disciplinas. Implica que haja interações e um enriquecimento mútuo entre vários especialistas; transferência de métodos de uma para outra disciplina" (RIBEIRO, 2005, p. 02), ou seja, sua aplicação envolve métodos de uma disciplina utilizados por outra na busca da solução de um problema.

Aparecendo no cenário da Saúde Mental como uma necessidade concreta para a efetivação e resolutividade dos serviços de reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade contribui para o fortalecimento da noção de conjunto, aspecto fundamental para a construção de pontes que possibilitem avanços significativos na assistência ao usuário. Desta forma, valores como o respeito à liberdade e à dignidade de cada pessoa, a ética e a integralidade das ações, devem transcender as categorias profissionais (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Neste sentido, Almeida Filho (1997) propõe que a interdisciplinaridade está relacionada ao respeito à reciprocidade, ao enriquecimento mútuo e à criação de um espaço de horizontalização das relações de poder. A busca de soluções, alternativas, ou ainda de modos de lidar com o sofrimento ocorre a partir da troca de saberes, não como adição ou mistura, mas como uma recombinação, gerando assim, fecunda e mútua aprendizagem.

É inegável o fato de que o trabalho articulado é uma exigência para a integralidade na assistência em Saúde Mental, contudo, o simples ato de agregar pessoas com formações diferentes sem marcos de referência construídos de forma compartilhada e dispostos a dialogar pode trazer mais problemas que soluções, do ponto de vista da integração de conhecimentos e abordagens, resultando em posturas multidisciplinares fragmentadas e conflitos na equipe (PORTO, 2002).

O êxito técnico, nesta perspectiva, está relacionado à concretização de um sistema integral, que se refere não exclusivamente a saberes disciplinares pré-existentes, e sim a 'práticas eficazes', que correspondem, na compreensão de Ayres (2001, p.70), a um "sucesso prático". No que tange à intercessão dos saberes nas práticas em saúde e a relação com o princípio da integralidade, Pinheiro; Guizardi (2006, pp. 26, 27) expressam sua orientação.

Trata-se, sem dúvida, de um movimento ousado de construção do conhecimento que busca a transversalidade de seus objetos e procedimentos metodológicos e técnicas de pesquisa distintas, oriundos de ciências sociais, humanas e políticas, (...) assumindo o cuidado como expressão de sua potência como crítica da validade

universal da racionalidade ocidental moderna, no que concerne à sua organização social, ciência e cultura (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, pp. 26, 27).

Com relação à formação profissional dos trabalhadores da saúde, podemos inferir que a mudança no campo da Saúde Mental vem impondo transformações na área da Educação, requerendo profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o conhecimento de toda a rede de saberes que se articulam no sistema de saúde, por meio de uma ação dialógica com diferentes atores sociais, visando o enfrentamento dos problemas de saúde e a melhoria nas condições de vida da população (TAVARES, 2004).

No entanto, a interdisciplinaridade pode ser caracterizada como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, conservando-se as bases disciplinares específicas de cada saber. Ou seja, refere-se à transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo junto teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns” (RAMOS, 1996).

Ao tomarmos a interdisciplinaridade como conceito orgânico, podemos assimilar sua realidade como possibilidade para a troca de saberes não superpostos e como capacidade de transformação em uma nova aprendizagem na busca compartilhada de soluções para o sofrimento do usuário. Podemos, deste modo, observar questões relacionadas à integração de conhecimentos em relação à troca de saberes entre os gestores, trabalhadores, residentes, estagiários e o próprio grupo na construção e na troca de saberes no serviço CAPS.

Por sua vez, a análise dos discursos emitidos a partir do grupo focal com os trabalhadores em Saúde Mental revelou que o tema da interdisciplinaridade emergiu de forma espontânea, mas sem que fosse denominada como tal, tendo sido exposta e relacionada ao contexto da experiência no serviço.

Percebemos que um sentido apontado inicialmente foi o de noção de conjunto, onde os componentes são percebidos como diferentes, mas agrupados num mesmo cenário. A diferença entre os diversos atores é reconhecida pela função, papel ou atribuição de cada um no conjunto que compõe a equipe, sempre em relação ao papel do outro.

Foi possível observarmos aspectos no modo de pensar de alguns trabalhadores entrevistados baseados no enfoque interdisciplinar. Assim, o que poderia ser considerado como atribuição somente de uma categoria profissional específica passou a ser compartilhado com outros profissionais e cada um pôde ampliar sua atuação, passando a coordenar grupos

terapêuticos, oficinas de trabalho, assumindo a responsabilidade pela elaboração de projetos terapêuticos individuais e pela implementação de programas para clientela específicas.

A narrativa abaixo explicita o exposto.

*E3 - Tem essa vantagem que é uma troca de saberes, não só entre os terapeutas e os pacientes participantes do grupo como também entre os coordenadores e os diversos profissionais que trabalham no CAPS, no nosso caso especificamente (GFT).*

Concordamos com os entrevistados com o fato de que a possibilidade de troca entre uma equipe com trabalhadores de diferentes formações contribui para o enriquecimento do processo terapêutico dos usuários. No discurso do trabalhador entrevistado, podemos perceber a contribuição desse intercâmbio no momento da coordenação dos grupos, que não fica submetida só à experiência de uma pessoa. A diversidade de conhecimentos e experiências de cada profissional pode ser bem aproveitada num atendimento grupal, contudo, consideramos que o enriquecimento do atendimento não fica limitado ao fato dos trabalhadores possuírem diferentes formações, mas também de haver profissionais que possuam um saber comum.

A ação baseada na interdisciplinaridade significa pensar o cuidado como centrado no usuário e não nas categorias profissionais que participam do processo terapêutico. Significa ainda que as intervenções são realizadas por sujeitos trabalhadores que pensam, lutam e inovam juntos, criando assim, possibilidades de evolução e aprendizagem contínua e manutenção de um clima propício a mudanças. Neste contexto, novos conhecimentos são decisivos para um cuidado eficaz e para sua implementação torna-se necessário intenso trabalho de conscientização e preparação dos profissionais envolvidos.

Nossa inserção no campo empírico possibilitou grande e relevante quantidade de observações acerca da realidade das práticas grupais no cotidiano do CAPS, revelando, dentre outros aspectos, a congruência entre os discursos dos trabalhadores quando entrevistados no grupo focal e o contexto real das relações nos grupos terapêuticos.

A questão da interdisciplinaridade foi um ponto considerado por nós, como emergente nos encontros entre trabalhadores. A condução dos grupos se dava de modo harmônico e tranquilo, não se manifestando aspectos de competitividade ou ainda de tentativas de imposição de um saber sobre o outro. As intervenções durante as sessões usualmente se desenrolavam com uma fluidez impressionante, o que, certamente gerava um



ambiente propício para um acolhimento saudável e para o estabelecimento de vínculos construtores de autonomia.

Tal idéia implica na construção de um "nós" no lugar de um "eu" ou "eles", o que pode ser observado numa relação de troca dos saberes que visa um crescimento comum e que se revela no cuidado integral aos sujeitos atendidos. O resultado disso é o desenvolvimento nos trabalhadores de uma competência específica para explorar as oportunidades de aprendizagem que podem surgir no local de trabalho e aplicando os conhecimentos adquiridos. É necessário, portanto, acima de tudo, certa dose de coragem para a implementação de práticas criativas e inovadoras, que sejam capazes de se deparar com o espaço da perda de domínios e referências instituídas para normalizar com sensibilidade e responsabilidade novas tecnologias de cuidado.

Em relação à troca de saberes na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, além da mudança de paradigma do modelo tradicional, hospitalocêntrico, os trabalhadores afirmam que os usuários participam ativamente do grupo e ressaltam que a importância da abordagem grupal não nega a relevância e a necessidade dos acompanhamentos individuais.

*E3 - O modelo é realmente diferente..... como eu digo na terapia comunitária né... que é um tipo de terapia em grupo, aonde naquele modelo clássico, tradicional, conservador, eu digo assim pro paciente: você tem o problema e eu tenho a solução. Não, nós nessa abordagem aqui no grupo, nós temos um problema, nós temos uma solução, mais ou menos isso.*

*E4 - Eu acho legal assim no grupo também que tudo o que foi falado é muito importante também, mas tem a questão também, que às vezes o próprio paciente, no decorrer do grupo, ele se torna um suporte é... pra outros que tão entrando sabe, a gente tem muito exemplo aqui de casos de pacientes que se tornam exemplos e isso também é muito importante porque é a questão da vivência deles porque isso é construído com o tempo, né, as pessoas vão fortalecendo esse vínculo e também, com a gente também, é, a gente vai aprendendo muito com ele também, a gente vai conciliando a teoria com a prática, realmente foi isso que a gente sonhou pra eles, acho muito melhor nesse sentido também(GFT).*

Outro ponto de extrema relevância abordado pelos trabalhadores, quando do grupo focal, se refere à necessidade da instituição proporcionar, aos trabalhadores, instrumentos de avaliação sistemática e periódica de grupos, a fim de que reflexões a respeito dos meios e modos de composição e caracterização dos grupos pudessem sempre estar inseridos num processo avaliativo.

*E2 - Além dessas dificuldades, como tem grupo de tudo e o grupo é muito variado. Como tem grupos bem positivos também tem grupos que não podem ser tão bons e aí eu sinto uma dificuldade enquanto instituição né de ter um instrumento que pudesse avaliar esses*

*grupos, esse grupo aqui é um grupo que tá indo muito bem, esse grupo não tá indo bem, como a gente não tem isso a gente nunca sabe se os grupos estão indo muito bem ou bem não pra poder inclusive repor melhor o grupo. Pra depois a gente avaliar melhor o grupo.*

*E4 - Não tem um parâmetro.*

*E3 - Uma frequência.*

*E2 - Em primeiro lugar, pra você fazer esse tipo de trabalho seria necessário a indicação de indicadores como, por exemplo, as frequências né, ausências, índice de abstinência alcoólica, índice de pacientes que são encaminhados por exemplo, pro grupo de alcoolismo, para o grupo de prevenção de recaídas, grupo de recaídas aí dentro, dentro do nosso, como se fosse em tese, mas assim, a gente tem um cronograma que a gente poderia estabelecer, que a gente tem entrevista motivacional, o GRUDE e tem prevenção de recaídas, em tese, o paciente, quando ele tá numa fase que ele nega que tá dependente, ele nega que ele tem algum problema com álcool, ou crack ou com qualquer coisa, ele seria adequado pra entrevista motivacional. E isso seria o sucesso do grupo de entrevista motivacional. Já o GRUDE é um grupo direcionado praticamente pro crack, cujo objetivo é a abstinência, então talvez o grande sucesso do grupo fosse pacientes que entraram e quantos deles conseguiram ficar mais de um mês na abstinência, se ele consegue passar um tempo na abstinência é que ele entra na fase de manutenção e a etapa serve de prevenção da recaídas que é pra ele evitar uma nova recaída e aí a gente poderia passar pra outro critério de sucesso que seria três meses de abstinência, um mês, dois meses, três meses porque o tempo entre uma recaída e outra está se alargando e não diminuindo, a primeira recaída um mês, agora uma semana, então depende muito do objetivo do grupo é claro que tem alguns grupos que vai ser mais difícil de trabalhar isso (GFT).*

Dessa forma, as abordagens terapêuticas grupais se mostram como elos fortalecedores dos relacionamentos entre os membros da equipe e os usuários participantes. Percebemos que as práticas grupais permitem uma confluência de subjetividades, promovendo um suporte também para os trabalhadores, pois, ao serem utilizadas na construção do projeto terapêutico dos espaços de cuidado em Saúde Mental no CAPS, possibilitam a convergência de sentimentos diversos e de compartilhamento de saberes.

Por sua vez, o cotidiano no CAPS, por meio das abordagens terapêuticas grupais, aparece nos discursos dos trabalhadores como um *setting* favorável ao desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem, como um campo de pesquisa e qualificação do conhecimento sobre as práticas grupais.

*E2 - Eu, eu também penso numa questão no grupo que é uma questão educativa. Então, é mais fácil se a gente trata bem, com o intuito de passar alguma coisa pras outras, a gente tem aqui residentes, a gente tem que atender estagiários então, fica bem mais fácil isso acontecer dentro do processo grupal. Eles ficam observando os terapeutas e aí depois sim, eles podem tá coordenando um grupo e nessa observação a gente acaba aprendendo muito, a gente também tem discussão no grupo que participa e sempre no final a gente discute, e esta discussão com a participação dos observadores é, fica fantástica, por causa disso, porque a gente começa a perceber o quanto os observadores estão crescendo com o tempo de observação que é o momento que os observadores têm como participando efetivamente, isso vale como ensino dentro do próprio CAPS. Então se eu sei lidar mais com determinado ou com uma determinada técnica ou com uma determinada abordagem talvez*

*eu consiga passar isso pra R. e se a R. aprendeu no curso de tabagismo talvez ela consiga passar também essa técnica quando eu esteja próximo dela e existe essa troca e o grupo facilita muito essa troca. (GFT)*

Corroborando com a narrativa do trabalhador, o Projeto Institucional de um dos CAPS traz o seguinte texto no que tange à composição da equipe interdisciplinar do serviço:

*Considerando a Interdisciplinaridade elemento terapêutico imprescindível para realização de um trabalho qualitativo em Saúde Mental, a equipe de profissionais do CAPS vem empreendendo esforços no sentido de atingir espontaneamente um bom nível de relacionamento interpessoal, com vistas a horizontalidade e a interface de saberes. O propósito central da equipe é que essa boa sintonia interna possa perpassar inclusive ao relacionamento entre profissional, usuário e familiares, reiterando a filosofia de um atendimento humanizado, onde o respeito, a afetividade, aliados ao compromisso ético-político e a competência teórico-operativa são constituintes básicos das ações do corpo técnico que compõe esse serviço (PI).*

Ressaltamos que o CAPS SER III – HUWC, por funcionar em parceria com a Universidade Federal do Ceará através do Hospital Walter Cantídio, tem por excelência o caráter de contribuir na formação de profissionais em Saúde Mental, configurando-se enquanto espaço de ensino, pesquisa e extensão. Desta forma, são realizadas seleções de extensionistas (profissionais graduados) nas mais variadas áreas do serviço, que tem por objetivo adquirir experiência de trabalho em Saúde Mental.

A educação em serviço no campo da saúde é uma das maneiras de desenvolver e aperfeiçoar o profissional, tanto no que se refere à presença contínua nos locais de produção das ações como ao estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em inserção na equipe multiprofissional. O contato contínuo dos profissionais com os usuários dos serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o entrecruzamento dos saberes técnico-científicos e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais sensíveis e adequados à exigência ética de atender ao cidadão em suas necessidades (CECCIM; FEUERWERKER 2001, p. 47).

Visto que, atualmente, os limites das disciplinas apresentam alto grau de indefinição, as práticas em saúde, por sua vez, também refletem esse estado e, “neste sentido, quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional” (CAMPOS, 2001, p.2).

O processo de trabalho na residência se apresenta na articulação dos conceitos de campo e núcleo, desenvolvidos por Campos (2001). O conceito de campo, de acordo com a idéia desse autor, corresponderia aos conhecimentos e atividades comuns às diferentes profissões da saúde, enquanto núcleo corresponderia aos conhecimentos e atividades específicos de uma área profissional específica. A co-gestão entre campo e núcleo seria dada pela noção de interdisciplinaridade. O currículo é único para as diferentes profissões, respeitando as especificidades de cada uma delas.

**5 - PONTOS DE REFLEXÕES, LIMITES DO ESTUDO E INDICATIVOS  
DE SUBSÍDIOS PARA O SUS.**

A realização deste estudo teve como ponto de partida o questionamento acerca dos modos de produção do cuidado em Saúde Mental no CAPS por intermédio das práticas grupais viabilizadas pelos trabalhadores dos serviços.

Ressaltamos que as considerações aqui apontadas são frutos de um acompanhamento realizado sob um olhar investigativo, contudo, não se conformam como uma reflexão individual, e sim como o compartilhamento de idéias nascidas do saber acadêmico e ainda da visão gerada nos conhecimentos em Saúde Coletiva, os quais foram, no decorrer do processo de pesquisa, se configurando num arranjo que serviu como suporte para uma investigação crítica e analítica.

O campo da Saúde Mental é revestido por inúmeros desafios, o que pode ser percebido pelas diferentes demandas relacionadas ao transtorno psíquico, devido à estreita relação deste fenômeno com o contexto sócio-político e econômico contemporâneo. As significativas mudanças de paradigma na atenção à Saúde Mental, cuja fundamentação repousa na noção de Clínica Ampliada, em que acolhimento, vínculo, co-responsabilização, autonomia e integralidade figuram como base para qualquer ação que visa à promoção de vida e dignidade humana.

Por sua vez, tais mudanças demandam práticas diversificadas que transformem as situações-problema dos contextos em crise em projetos de intervenção e compromisso coletivo que, ao promover modificações, permitam sustentar as várias formas de condições de vida e existência do sujeito adoecido.

Progressivamente, o trabalhador em Saúde Mental, diante das exigências que a nova realidade impõe, tem se deparado com a necessidade de dispor e construir recursos para o trabalho de acolhida desses diversos contextos em crise, onde intervenções criativas e inovadoras se fazem essenciais para a efetivação de sua práxis. As demandas neste campo mobilizam não só as competências técnicas, mas colocam em questão as próprias práticas de atendimento ao problematizarem os modelos tradicionais de atenção e ativarem a experimentação de uma clínica sensível à diversidade sócio-cultural e aos modos contemporâneos de produção de subjetividade.

Neste sentido, a clínica, quando revelada como uma prática crítica, estabelece uma análise contextual do sofrimento e de sua relação com os processos de produção de

subjetividade. A Clínica do Sujeito desvela a constante relação do sofrimento com os contextos sociais.

No âmbito dos serviços que dão suporte ao modo psicossocial de atenção à Saúde Mental, como os CAPS, o dispositivo grupal se apresenta como um importante meio de intervenção, atuando como fator de desnaturalização do sofrimento e de potencialização da construção de modos coletivos de existência que driblem a exclusão e a negação do potencial de vida.

A tentativa de problematizar a atividade grupal como modo de intervenção no campo da Saúde Mental no contexto do cotidiano dos CAPS implica automaticamente na necessidade de considerar um extenso leque de aspectos que se interligam e se misturam, criando uma configuração intrincada de elos de sentidos que merece ser alvo de exploração e investigação na intenção de proporcionar uma ampliação sobre o tema.

Com relação a isto, as configurações que se apresentam no campo grupal, a dinâmica institucional, a micropolítica do trabalho, as peculiaridades decorrentes da formação na área da saúde e os desafios da interdisciplinaridade são algumas das categorias que emergiram a partir do desenvolvimento deste estudo.

O fenômeno grupal é extremamente complexo, produzindo inúmeros outros fatores relacionados tanto à individualidade quanto à coletividade, pois nele se revelam diferentes aspectos como união, solidão, compartilhamento, individualidade, coletividade, poder, conhecimento, trocas, saber, liderança e aprendizagem. Quando abordados sob o ponto de vista da promoção da saúde, podem se manifestar com o intuito de constituir espaços de cidadania, participação e felicidade.

Ao tomarmos o CAPS como equipamento de caráter protagonista no âmbito da Reforma Psiquiátrica, verificamos a essência de sua constituição centrada na busca da construção de práticas ligadas ao princípio da integralidade na produção de saúde, que prevê ações atravessadas por outro modo de olhar para o sujeito que experiencia em sua vida um intenso sofrimento.

Desta forma, este equipamento funciona como agenciador em seu processo de trabalho junto aos usuários e à rede pública de saúde, arranjos e dispositivos institucionais mais condizentes com a promoção de uma clínica ampliada. Clínica esta, erigida sob uma práxis diária orientada pelos princípios da interdisciplinaridade, da universalidade e da responsabilização pelo cuidado integral dos sujeitos, tal como foi preconizado pelo SUS.

O campo empírico em questão ofereceu a possibilidade, a partir dos discursos e das práticas observadas, de estabelecer um entrecruzamento entre a realidade do cotidiano do CAPS em suas atividades de assistência aos usuários, apresentando os limites e as possibilidades de construção das práticas grupais.

O percurso do acompanhamento investigativo transcorreu de forma bastante amigável e acolhedora, embora a ágil dinâmica das ações realizadas diariamente no CAPS tenha servido como um entrave em alguns momentos, para o cumprimento fiel de todas as atividades programadas no cronograma. Entretanto, mediante a aceitação positiva dos coordenadores dos serviços, os passos propostos foram facilitados e concretizados adequadamente.

A nossa inserção no campo de pesquisa, e mais especificamente no momento da coleta de dados, percebemos que para alguns trabalhadores a nossa presença nas sessões dos grupos parecia representar uma atitude de avaliação de suas atuações, embora os objetivos do estudo tenham sido previamente expostos de modo claro e direto, com vistas a não deixar margem para dúvidas. Esta postura da equipe se mostrou bastante evidente, pois alguns trabalhadores chegaram a questionar diretamente sobre a nossa avaliação quanto ao seu desempenho como facilitador do grupo.

Essa peculiaridade foi bastante marcante, tendo se mostrado como uma característica singular de um agir ainda inseguro e pouco assertivo, diante das exigências de uma nova postura do atendimento em Saúde Mental, que se pretende afirmar como um modelo reformista.

As formas de estabelecimento das práticas de trabalho acontecem de modo diversificado, entretanto, a equipe, a partir da intenção de promover a saúde encontra certos entraves tanto na incipiência da produção do cuidado na rede local como nas próprias condições precárias de trabalho no serviço.

Por vezes, deparamo-nos com a escassez de material essencial para a consecução dos trabalhos nas oficinas terapêuticas, dificuldade que foi constantemente driblada pela criatividade dos trabalhadores ao encontrar no meio do material desprezado, ou mesmo do lixo, a fonte para a concretização do potencial de criação artística dos usuários dos grupos.

Por sua vez, a clínica em Saúde Mental praticada no CAPS revela uma atenção inerentemente integral. Tal fato é demonstrado pela operacionalização dos componentes



básicos junto aos usuários do acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia, no contexto territorial dos mesmos.

No entanto, a questão da resolubilidade não assume um papel absoluto quando observada do ponto de vista dos usuários. Como avaliar a eficácia de um serviço diante das incertezas diárias de uma vida precária e caracteristicamente excludente, que não oferece as mínimas oportunidades para a manifestação da subjetividade e da própria expressão de vida das pessoas?

Levando-se em conta que a transposição dos princípios da Reforma Psiquiátrica para a prática traz novos desafios, podemos afirmar que a Saúde Mental é um campo que tem nas relações intersubjetivas o componente fundamental de seu objeto e de seu *modus operandi*, tornando mais complexa a tarefa de avaliar programas e serviços desta natureza com base em instrumentos consagrados em outros contextos.

Além desse aspecto, conceitos como cidadania, autonomia e clínica dos novos equipamentos são decisivas nas novas iniciativas e de difícil aproximação e objetivação. Ao mesmo tempo, indicam que as novas respostas sociais ao adoecimento psíquico encontram-se nas práticas e dificilmente podem ser captadas pela identificação da cobertura, número de consultas realizadas ou aspectos similares. A mudança percebida na vida, a diferença produzida no cotidiano de todos os envolvidos, tanto no plano individual quanto dos diferentes coletivos, são ao mesmo tempo sutis e essenciais para a verdadeira análise e compreensão dos serviços em questão.

Com relação às abordagens terapêuticas grupais disponibilizadas no CAPS, observamos que no cotidiano deste serviço, elas se apresentam como dispositivo central no conjunto das práticas da instituição.

A realidade nos revelou que cada trabalhador da equipe, qualquer que seja sua disciplina profissional, desenvolve uma atitude solidária, acolhedora, respeitosa com o usuário frente a sua individualidade e a sua singularidade, mantendo com ele uma relação de troca, de aceitação e de reconhecimento como sujeito, demonstrando confiança e segurança naquele que o atende, na equipe e no serviço.

De modo geral, esta atitude se mostrou uma característica básica não apenas no momento da triagem, mas também nas atividades em grupo, pois a prática do acolhimento como um dispositivo central do encontro trabalhador-usuário permitia a construção de relações produtivas.

Todavia, nosso olhar revelou a existência de uma tendência entre o agir de alguns trabalhadores, responsáveis pelo desenvolvimento direto das atividades propostas nos CAPS, que ainda não se mostra totalmente direcionado para operar segundo os princípios teórico-práticos preconizados pela proposta do modo psicossocial, especialmente naquelas atividades relacionadas às abordagens grupais, que demandam um manejo atento e reflexivo, além de medidas puramente curativas.

Certamente essa dificuldade não é um fenômeno localizado somente no CAPS, visto que a formação profissional dos trabalhadores da Saúde mental ainda é fundamentada no modelo mecanicista, focado na doença e não no sujeito, em tratamentos especializados, no atendimento individual restrito ao ambiente do consultório particular, descontextualizados dos determinantes sócio-econômicos, afetivos, culturais e ambientais do processo saúde-doença do ser humano.

Os fatores que dizem respeito ao referencial teórico-metodológico e ético que orienta as ações dos trabalhadores do CAPS estão intrinsecamente relacionados à compreensão do processo saúde-doença mental.

Observamos que, embora se desenvolvam muitos esforços políticos e práticos para a concretização das linhas dos serviços de Saúde Mental, e mais especificamente dos CAPS, os cenários de ações diretas de promoção de saúde junto aos usuários e de gestão de políticas públicas, apontam para o fato de que a base das dificuldades de implementação efetiva dos mesmos está repousada no impasse entre a ampliação das ações de atenção básica e a garantia de acesso do usuário aos serviços de alta complexidade.

A limitação na consolidação das ações de Saúde Mental nos convoca a refletir sobre a necessidade de uma constante análise crítica das propostas de mudança curricular nos cursos de graduação dos saberes e disciplinas relacionados à saúde em geral para os novos modelos de atendimento, bem como dos princípios que orientam as associações de classe, que também precisam estar mais integradas às especificidades das práticas profissionais dessa natureza.

É sabido que a estrutura curricular dos cursos das áreas da saúde, em particular o da medicina, ainda estão em processo de desenvolvimento e aplicação de conteúdos teórico-metodológicos focalizados na “promoção da saúde” que abrangem ações comunitárias baseadas em processos comunicacionais e participativos. O foco no trabalho interdisciplinar

com famílias, grupos e comunidade, apoiado por participação política da sociedade e instituições afins, ainda é um grande desafio neste aspecto.

No caso do CAPS, ficou evidente que, mesmo reconhecendo a importância da promoção da saúde por meio dos grupos terapêuticos, os usuários ainda focavam sua prioridade nos serviços tradicionalmente curativos, como a consulta psiquiátrica e a prescrição de medicamentos. Entretanto, a mudança nas práticas dos trabalhadores e nas ações dos gestores dos serviços substitutivos pode ser tão mais efetiva quanto mais houver conhecimento e mudança de concepções dos usuários sobre o verdadeiro papel destes serviços na promoção da saúde.

Com base no referencial psicossocial, a autonomia e a co-responsabilização estão vinculadas ao poder e a capacidade do usuário em tomar ciência e participação em todo o processo terapêutico, desde ao diagnóstico, passando pela construção do plano terapêutico individual, da implementação, do acompanhamento e do controle das ações sugeridas.

A conformação das abordagens terapêuticas grupais no CAPS se apresenta como possibilidade de implementação de uma estratégia promotora de autonomia e de transformação. Os atendimentos são realizados predominantemente em grupos pelo intercâmbio inovador que o fenômeno grupal pode proporcionar aos seus integrantes, possibilitando a improvisação de novos modos de relação, por meio da facilitação de vínculos interpessoais e a produção de relações entre os atores do processo.

Nos atendimentos grupais realizados no CAPS, o sujeito é considerado múltiplo, e o fenômeno grupal é considerado propício à vincularidade, sendo potencialmente terapêutico. A realização de seu potencial se constitui na medida em que as relações em seu interior estimulam em seus participantes a constante produção de novos vínculos e pertencas e, dessa forma, de sujeitos.

A “mania grupalista” não foi percebida como filosofia condutora da dinâmica de composição dos serviços investigados. Os grupos não se mostravam como um disfarce para mascarar o excesso da demanda e a incompetência dos saberes em lidar com o fenômeno da loucura. As diversas atividades desenvolvidas por meio de diferentes grupos compõem uma gama de atividades. Embora a quantidade e a diversidade de atividades não sejam garantia para a existência de espaços continentais e facilitadores, o cenário que se mostrou foi reflexo de uma prática consciente.

Considerando que um grupo não é somente um agrupamento de pessoas, quando tomado como possibilidade terapêutica, sua efetivação pode surgir como o *setting* para o florescimento de diversos fenômenos humanos: ansiedades, defesas, disputas, identificações, projeções, resistências, etc. As grupoterapias, mais do que os tratamentos individuais, propiciam o surgimento dos problemas de comunicação, que no caso dos “transtornos mentais” se encontra extremamente alterada e, portanto, podem vir a favorecer o reconhecimento e o tratamento dos transtornos.

De acordo com nossa percepção, o trabalho com grupos no CAPS, apesar de ser uma prática estabelecida, reconhecida e já instituída, ainda deve ser tomada como um desafio em seus aspectos de coordenação, manejo e administração. A arte de acolher tantos fenômenos ocorrendo de forma simultânea necessita ser exercitada por aqueles que se propõem a fazê-lo. É de fundamental importância uma revisão constante do andamento grupal entre os membros e o facilitador.

Neste sentido, ressaltamos o fato de que, diferentemente dos discursos dos trabalhadores apresentados no grupo focal, as observações das sessões apontaram para algumas abordagens grupais que, direta ou indiretamente, caminhavam na direção de reprodução do modelo negação da construção da subjetividade do usuário.

A utilização de técnicas de dinâmica de grupo, por vezes pode vir a gerar momentos de passividade e aceitação de um poder que emana de alguém que detém o saber, o coordenador do grupo. Além disso, somente a “técnica pela técnica” não é capaz de produzir cidadania, subjetividade e vida.

A finalidade central do CAPS de funcionar como substitutivo à instituição manicomial deve estar articulada a um processo de invenção de respostas sociais, que está relacionada ao modo como os grupos sociais encaram as pessoas que se expressam de forma diferente e de como a loucura é representada na contemporaneidade.

A sustentação e a força do serviço estão no reconhecimento do usuário em sua complexidade, mas também considerando sua singularidade e sua diversidade, elaborando respostas dinâmicas e individualizadas que atuam na perspectiva da preservação e ampliação da riqueza da vida das pessoas.

Assim, é cabível o questionamento: qualquer intervenção é melhor que nenhuma, mesmo uma intervenção que não venha a possibilitar a expressão do usuário ou a escuta de seus sentimentos com relação à atividade realizada?

No entanto, de modo generalizado, as ações grupais desenvolvidas se mostraram adequadas ao esperado e previsto no cotidiano da equipe. O esforço pactuado em efetivar abordagens mais subjetivas está presente em diversos momentos da assistência em grupo no CAPS. O grupo terapêutico permeia todas as iniciativas de intervenção, de assistência, de produção do cuidado, negando a concepção de atendimento em massa.

O grupo é apontado pela equipe do CAPS como a ferramenta operativa primordial, tanto para desenvolver o trabalho assistencial em Saúde Mental, como também, para promover o encontro de subjetividades da própria equipe. As tensões se flexibilizam na conversa direta e compartilhada entre os trabalhadores. A denominada roda de conversa funciona como ativadora das tecnologias das relações no próprio processo de trabalho.

O substrato de um serviço substitutivo como o CAPS, deve ser o de transformação das práticas e saberes na busca da criação de estratégias diversificadas que possam produzir novas possibilidades para os sujeitos em seu sofrimento, trabalhando pela busca da autonomia e da emancipação, o que se traduz cotidianamente numa riqueza de relações entre os serviços e os usuários.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. II (1-2), 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia social das desordens mentais: Revisão da literatura latino-americana – In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R., org., **Cidadania e Loucura**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2001.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos R A (orgs) **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P.; O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. CEPES/UERJ, ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

AMADO, G.; GUITTET, A. **A dinâmica da comunicação nos grupos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

AMARAL, M. A. do. Atenção à Saúde Mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, 31 (3): 288-95, 2003.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 49-494, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (org.) **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 103-110, 2001.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

ANDRADE, L. O. M. et al. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, junho 2007.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v.3, p. 836-844. maio/junho, 2004.

ANTUNES, S. M. M.O.; QUEIROZ, M. S. A. Configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, jan 2007, v. 23, n. 1, p. 207-215.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta.** Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

ASSIS, M. M. A., VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p.815-823, 2003.

ÁVILA, L. A. O grupo como método. Em **Psicologia Rev.** São Paulo, (9): 61-74; dez 1999.

ÁVILA, L. A. Grupo e corpo, no enfoque do modelo de Cambridge. **Vínculo.** v.1, n.1. São Paulo, dez. 2004

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.4, n. 6, p. 117-20, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

BABINSKI T.; HIRDES A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm.**2004 Out-Dez; 13(4):568-76.

BARROS, R.D.B. et al. A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais. In: VILELA, A.M.J.; CEREMZO, A.C.; RODRIGUES, H.B.C.(Org.). **Clyo-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na História do Brasil.** Rio de Janeiro: FAPERJ, 2001.

BAREMBLITT, G. A clínica como ela é. Dez pontos para uma apresentação. In: BAREMBLITT, G. et al. **Saúde Loucura Nº 5: A clínica como ela é.** São Paulo: Hucitec, 1994.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional.** Rio de Janeiro: 3<sup>a</sup> ed., Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, R. D. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura Nº 4: Grupos e coletivos.** São Paulo: Hucitec, 1994.

BEHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 383-91, 2002 .

BENTO, M. **Grupos terapêuticos em instituição de saúde: a relação entre intersubjetividade e intrapsíquico na Psicanálise** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia da USP, 2006.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In : AMARANTE, P. (ORG.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994. 202 p.



BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BLOCH S; CROUCH M A & REIBSTEIN J (1981) Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. **Archives of General Psychiatry** 38: 519-526.

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do ser Humano. In: \_\_\_\_\_. **Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Editora MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Datasus – dados sobre cobertura do PSF no Ceará**. [www.http://dtr2004.saude.gov.br/dab/gestao/](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/gestao/). Em 17 de setembro de 2006.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BRÊDA, M. Z. **A assistência em Saúde Mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006. (Tese de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica), USP, 2006.

CÂMARA, M. F. B.; DAMÁSIO, V. F.; MUNARIO, D. B. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n.1, outubro, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde pública e a defesa da vida**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 1990.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: VOZES, 1998.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: VOZES, 1998.

CARNEIRO, F. D. M. Liderança grupal. In: **Congresso Brasileiro de Psiquiatria**, 14. 1996, Belo Horizonte. Curso. 13 f. Impresso.

CASTEL, R.. 1978. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo**. Ed. Graal. Rio de Janeiro.

CATENA, R. M.; GALERA, S. A. F. Doente mental e família: estes desconhecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, p.53-58, jan/mar. 2002.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CHAUMIER, J. Indexação: conceito, etapas e instrumentos. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 21, n. 1/2, p. 63-79, jan./jun. 1988.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 2003. 385p.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiências. in: ensaios – **Subjetividade, saúde mental, sociedade**./ coordenado por Paulo Amarante – Rio de Janeiro ; Edit FIOCRUZ, 2006

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial. In: Amarante P (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

COSTA-ROSA A, L. C. A e YASUI S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro. 25(58): 12-21, 2001.

COSTA-ROSA, A.; RUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Engº Paulo de Fortim, RJ: Nau editora, 2003. p. 13-44.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C., (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: VOZES, 1998.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Est. Psicol.** (Natal), ago 2006, v. 11, n. 2, p. 159-168.

DELGADO, P G. G. 1997. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: **Saúde em Foco** – informe epidemiológico em saúde coletiva. Saúde Mental: a ética de cuidar. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. e col. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em Saúde Mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.** v.24 n.4 Brasília dez. 2004.

DIMENSTEIN, M. et al Demanda em saúde mental em unidades de Saúde da família. **Mental.** Barbacena, n.5, p.33-12, 2007.

FERLA, A A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Orgs. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ. ABRASCO, 2006.

FERNANDES, J. W. RVARTMAN, B.; FERNANDES, S. B. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2003.

FERNANDES, M. T. O.; LOÉS, R. R. **O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos**. 2003. 40 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FERREIRA FILHA, M. de O.; SILVA, A. T. M. C. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. **Rev. Conceitos**. João Pessoa/ADUFPB. V. 5, n. 8 jul/dez, 2002.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal, 2006.

FORTALEZA. **Prefeitura Municipal. História da Cidade**. Imprensa Municipal, 2007.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida. 2003. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2003.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978. 551 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores do CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.

GARCIA, M L P; JORGE, M S B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência e saúde coletiva**, 11 (3): 765-774, 2006.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília, LÍBER LIVRO, 2005.

GOLDBERG J. Reabilitação como um processo: o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. In:Pitta A, organizadora. **Reabilitação psicossocial no Brasil**, 1996.

GONÇALVES, A M; SENA, R. R de. A Reforma Psiquiátrica do Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, abr 2001, v. 9, n. 2, p. 48-55.

GRADELLA, J. O. **Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão**. *Psicol. Soc.*, Jun 2002, v. 14, n. 1, p.87-102.

GUANAES, C.; JAPUR M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001; 23 (3), 134-40.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1986.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. 5a. Ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 327p.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T.: Janelas de Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.357-374, 2001.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**, 6ª ED. PAZ E TERRA, São Paulo, 2000.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. — Rio de Janeiro: s. n., 1997. 111p. il. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre.

KAPLAN H. I.; SADOCK B J (orgs). **Compêndio de Psicoterapia de Grupo**. 3a edição. Porto Alegre, RS. ARTES MÉDICAS, 1996.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. A. Reforma Psiquiátrica e práticas substitutivas em Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 279-291.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LANCETTI, A. et al. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed., 1989.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura Nº 4: Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

LANE, S. T. M. et al. Uma análise dialética do processo grupal. **Cadernos de Psicologia PUC – Psicologia**; 1981; 11: 79-98.

LANE, S.T.M. O processo grupal. In: LANE, S.T.M; CODO M. (Org). **Psicologia Social: o homem em movimento**. 12. ed., São Paulo: Brasiliense, 1984, p.79-98.

LAVILLE, Christian e Jean DIONNE. 1999. “Problema e problemática”. In **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed: 85-102.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: concepts, theories and practice**. New York: John Wiley, 1978. p. 7-120.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

MACHADO, A. L; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, out 2003, vol 11, n. 5, p. 672-677.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 57-74.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MARTIN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder: psicología social desde Centroamerica II**. San Salvador : UCA, 1993.

MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade - algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2006. p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MATUMOTO S, MISHIMA S. M, PINTO I. C. Saúde Coletiva: um desafio para enfermagem. **Cad Saúde Pública**, 2001;17(1):233-41

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E.V. (org) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. (**Cadernos CEFOR, 1- Série textos**). Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 1992.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**. São Paulo, n.6, p.109-16, 1997.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-14, 1999.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Hucitec, 2007. p. 25-37.

MERHY, E. E; ONOCKO R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MERHY, E. E; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**, N. 33, P. 83-89, 1991.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 14<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**, N. 33, P. 83-89, 1991.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; C. P e SANTOS, N. C.. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA E. R.. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MUNARI, D. B. et al. O uso do grupo na assistência em saúde: análise crítica e possibilidades. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva**: realidade, questões e soluções. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2007. v. 4, cap. 8. No prelo.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2002.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P.. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS/OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde Mental**: Nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo. 2001.

OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 358

OSÓRIO, L. C. Como supervisionamos em grupoterapia. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C.; WAINBERG, A. K. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS, 1997, P.83-92.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994.

PAIM; J. S.; FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: V.32, n.4, p.299-316, 1998.

PEREIRA A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública** 2003 setembro-outubro; 19(5):1527-34.

PESSOTTI, I. 1994. **A Loucura e as Épocas**. Editora 34. Rio de Janeiro.

PICHON – RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: MARTINS FONTES, 1986.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R. Mattos, R. A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JR., A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 13-40.

PINHEIRO R ; GUIZARDI RL. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO R.; MATOS R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 37 -56.

PINHEIRO, R. MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R. MATTOS, R. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, p. 320.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo. Hucitec, 2001.

PORTO, M. F. S; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc Saúde Colet**. 2002 Abr-Jun; 7(2): 335-47.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

RABELO, A. R. R. **Um manual para o CAPS Salvador**. Departamento de Neuropsiquiatria da Ufba. Imprensa Biograf, 2005.



RAMOS F. R. S. **Obra e manifesto**: o desafio estético do trabalhador da saúde. Pelotas: UFPEL; Florianópolis: PEN/UFSC; 1996.

REIS, A. T. **Acolhimento**: um novo trabalho em equipe. (mimeo). Brasília, 1997.

REIS, M. A. S. dos et al . A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11,n.23, Dec.2007.

RIBEIRO, B. S.; GONÇALVES, Â. M. C. Reforma Psiquiátrica: a visão do enfermeiro. **Enfermagem Atual**. [s.l.] , p.27-35. set/out. 2002.

RIBEIRO, J. S. Interdisciplinaridade à transdisciplinaridade. **Rev Transdisciplinar Skepsis**, Fev 2005.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: CORTEZ, 2003. 367p.

ROTELLI, F. Empresa Social: Construindo Sujeitos e Direitos. In Amarante, P. D. C. (org.). **Ensaio**: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Fio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: \_\_\_\_\_ **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. (org): **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: RELUME/DAMARÁ, 1992.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 7**: Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-188.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006.

SANTOS, A. M.; et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação à cidadania possível. Belo Horizonte: IFB/TE CORÁ, 1999.

SCHERER, F. O. Análise de modelos estratégicos sob a perspectiva da inovação. **Think** (Porto Alegre), v. 3, p. 34-38, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (6).

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-34, 2008.

SILVA, D. G. V. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm** 2003 jan/mar;12(1): 97-113

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, Jun 2005, vol.15, no.1, p.127-150. ISSN 0103-7331

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jun 2005, v. 13, n.3, p.441-449.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-89.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 184p.

SILVEIRA, A.L.C. **Do corpo sentido aos sentidos do corpo: sociopoetizando a produção de subjetividade no hospital-dia**. 2004. 187p. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, 2004.

SOUZA, A. M. A.; FRAGA, M. N. O.; MORAES, L. M. P.; GARCIA, M. L. P.; MOURA, K. D. R.; ALMEIDA, P. C. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**. 2004; 13(4):625-32.

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 403-10, Jul-Set 2004.

TEIXEIRA, C. F. Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, nº 65: 257-77, 2003.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-29, jan.-abr. 2002.

TOLEDO, R. P. O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. **Vínculo** v.1 n.1 São Paulo dez. 2004

TONI, M. **Visões sobre o trabalho em transformação**. Sociologia 2003 Jan; 5(9): 246-86

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, E.M. 2000. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários, pp. 169-194. In Amarante P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social.** **Estudos de Psicol.** (Natal), ago 2004, v. 9, n. 2, p.373-379.

VIETTA, E. P.; KODATO, S.; FURLAN, R.. Reflexões sob a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** V.9, n.2. Ribeirão Preto. mar-abr. 2001.

YALOM I D (1970) **The Theory and Practice of Group Psychotherapy.** Basic Books Inc. Publishers

ZIMERMAN, D. E., OSÓRIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com Grupos,** Porto Alegre, ARTES MÉDICAS, 1997.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: ARTES MÉDICAS, 2ª ed., 2000.

**APÊNDICES**



**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Superior**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**PESQUISA: ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS DE FORTALEZA-CE.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR)**

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em Saúde Mental. Os trabalhadores da área de Saúde Mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucionais por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde efetivadas nos CAPS norteará uma discussão das abordagens terapêuticas utilizadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa tem como objetivo: **analisar a relação das abordagens terapêuticas grupais com a produção do cuidado no cotidiano dos serviços de atenção à Saúde Mental no CAPS de Fortaleza – CE.**

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: observação sistemática das práticas, grupo focal, formulários e documentos.

Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: Djanira Luiza Martins de Sousa. Tels: (085) 3243-2810 / 8760-4102.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:



**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de  
Nível Superior  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**PESQUISA: ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS E A PRODUÇÃO  
DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS DE FORTALEZA-CE.**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa:  
ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL NO CAPS DE FORTALEZA-CE de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass./Rubrica do Participante:

Ass. do Pesquisador:

## APÊNDICE C – Temário para o grupo focal com trabalhadores do CAPS

### 1. Dados de identificação:

- Idade: ( ) anos
- Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
- Salário (em reais) \_\_\_\_\_
- Formação:

Ensino Fundamental completo ( )

Ensino Fundamental incompleto ( )

Ensino Médio completo ( )

Ensino Médio incompleto ( )

Ensino Superior completo: curso \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Ensino Superior incompleto: curso \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Curso de Especialização: \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

Curso de Mestrado: \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

Curso de Doutorado: \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

Curso de Aperfeiçoamento: \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

Curso de Extensão: \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

### 2. Temário:

2.1. Concepção de grupo terapêutico;

2.2. Práticas grupais;

2.3. Cuidado em saúde mental.

**APÊNDICE D – Roteiro de observação no campo**

Relação trabalhador x sujeitos participantes do grupo;

Vínculo ;

Resolubilidade;

Temas abordados;

Dinâmica do grupo;

Recepção do usuário;

Acesso do usuário;

Oferta;

Demanda.





**ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE**