



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Martins de Sousa, Djanira Luiza; Alves Pinto, Antonio Germane; Salete Bessa Jorge, Maria
Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de
atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 147-154
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

TECNOLOGIA DAS RELAÇÕES E O CUIDADO DO OUTRO NAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS GRUPAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE FORTALEZA- CEARÁ¹

Djanira Luiza Martins de Sousa², Antonio Germane Alves Pinto³, Maria Salete Bessa Jorge⁴

¹ Recorte da pesquisa – Práticas de abordagens terapêuticas grupais dos trabalhadores de saúde na produção do cuidado em saúde mental, Fortaleza-CE. Financiado pelo Ministério da Saúde/DECIT/PPSUS II/ CNPq/ FUNCAP.

² Mestre em Saúde Pública. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ceará, Brasil. E-mail: djaniradesousa@hotmail.com

³ Doutorando em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: germanepinto@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Ceará, Brasil. E-mail: masabejo@uece.br

RESUMO: Objetivou-se compreender como vêm sendo construídas as abordagens terapêuticas grupais na produção do cuidado no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE. Optou-se pela abordagem qualitativa da pesquisa. Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial que desenvolvem atividades de abordagens terapêuticas grupais e os usuários dos grupos terapêuticos, sendo utilizado 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. A conformação das abordagens terapêuticas grupais no Centro de Atenção Psicossocial 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.

DESCRITORES: Saúde mental. Cuidados integrais de saúde. Relações interpessoais. Psicoterapia de grupo. Serviço de saúde mental.

RELATIONSHIP TECHNOLOGY AND THE CARE-OF-OTHER IN GROUP THERAPEUTIC APPROACHES AT CENTER OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION IN FORTALEZA, CEARÁ, BRAZIL

ABSTRACT: We aimed to comprehend how the group of therapeutic approaches has been constructed in production of daily care in the Psycho-social Attention Centers in Fortaleza, CE, Brazil. We opted for the qualitative approach of research. The subjects of this study were the Psycho-social Attention Centers workers who develop group therapeutic approach activities and therapeutic group users, using the focus group with the workers and systematic observation of therapeutic group to collect data. The data analysis was based on assumptions of Critical and Reflective Content Analysis. The conformity of group therapeutic approaches in Psycho-social Attention Centers presents itself as a possibility to implement a promoting strategy of autonomy and transformation, through the innovative exchange that the group phenomena can provide its components, making the improvisation of new relationships possible through facilitating interpersonal links and the production of relationships among the authors of the process.

DESCRIPTORS: Mental health. Comprehensive health care. Interpersonal relations. Psychotherapy group. Mental health services.

TECNOLOGÍA DE LAS RELACIONES Y EL CUIDADO DEL OTRO EN LOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS GRUPALES DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN FORTALEZA - CEARÁ

RESUMEN: El objetivo del estudio es entender cómo se construyen los abordajes terapéuticos grupales en la producción del cuidado en la rutina diaria de los Centros de Atención Psicosocial en Fortaleza-CE. Se optó por una investigación de carácter cualitativo. Los sujetos del estudio fueron los trabajadores de los Centros de Atención Psicosocial que desarrollan actividades con enfoque terapéutico grupal y los usuarios de los grupos terapéuticos. Para la recolección de datos se utilizó el grupo focal con los trabajadores y la observación sistemática de los grupos terapéuticos. El análisis de los datos se basó en los postulados del análisis de contenido crítico y reflexivo. La conformación de los abordajes terapéuticos grupales en el Centro de Atención Psicosocial se presenta como la posibilidad de implementación de una estrategia promotora de autonomía y de transformación, por el intercambio innovador que el fenómeno grupal puede proporcionar a sus integrantes, haciendo posible la improvisación de nuevos modelos de relación, a través de la facilitación de vínculos interpersonales y la producción de relaciones entre los actores del proceso.

DESCRIPTORES: Salud mental. Atención integral de salud. Relaciones interpersonales. Psicoterapia de grupo. Servicios de salud mental

A TEMÁTICA EM QUESTÃO

No contexto brasileiro de assistência à Saúde Mental (SM), 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 SM vêm à tona, trazendo consigo a necessidade de reflexão e análise sobre as práticas e os saberes.

Com a intenção de propor novas práticas para o atendimento em SM, o Modo Psicossocial, como proposta emergente, visa proporcionar uma compreensão da loucura e do papel social do portador de transtorno mental, distinta da apregoada pelo modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Este modelo vislumbra o usuário não como uma pessoa desprovida de razão ou alienada de suas funções, autonomia e responsabilidade, mas sim como alguém que possui uma singularidade, uma subjetividade e a capacidade de atuar em sua própria história e em seu próprio tratamento.¹

Dessa forma, incorporam-se elementos dispositivos para a construção da clínica do sujeito, 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 da construção de autonomia. A resolutividade provém deste processo em que tal suprimento coincide com o modo de andar a vida de cada sujeito envolvido.

A perspectiva do cuidar como zelo pela vida tem implicações importantes, pois trata-se 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 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 de ruptura (desterritorialização) com as formas de subjetividades dominantes que reproduzem as relações sociais e o *status quo*.²

Os novos dispositivos de atenção à SM visam, primordialmente, à busca da cidadania do portador de transtorno psíquico, baseando-se na possibilidade de uma relação de cuidado no modo pessoal, o que se distingue do cuidado manifesto na instituição psiquiátrica caracterizado pela substituição.³

Para tanto, os serviços substitutivos devem se apresentar como superadores do paradigma baseado no manicômio sendo, portanto, guiados por valores éticos que sejam capazes de produzir uma nova forma de convivência, significativamente mais solidária, inclusiva e cidadã. Deve, assim, ocupar-se mais com a pessoa e a sua dor do que com a doença, assumindo e aceitando as diferenças individuais.⁴

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 visto atualmente como um dos mais relevantes recursos terapêuticos nesse contexto.⁵

Nesse sentido, 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.⁶ 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.⁷

Com base nessa perspectiva, as relações que ocorrem no processo de trabalho na área da 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.⁸

A tecnologia denominada leve é aquela que considera as relações resultantes do trabalho em saúde por meio 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.⁹

Na produção de saúde é necessário inverter as tecnologias, centrando-se nas tecnologias leves e leve-duras para que o serviço seja efetivamente produtor de cuidado, no estabelecimento de conexões intra e/ou interinstitucionais por meio de algumas estratégias básicas, tais como: apoio para inserção social, visita domiciliar, grupos e oficinas terapêuticas, que visam, sobretudo, à garantia dos direitos dos usuários.⁷

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 coletiva. 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.¹⁰

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.¹¹

O trabalho em saúde não pode ser capturado completamente pela lógica do trabalho morto, revelado nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, mas 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 se expressa como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final [...]”^{12:51-2}

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.¹³

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a produção do cuidado em SM por meio da tecnologia das relações trabalhador/usuário nas abordagens terapêuticas grupais no cotidiano dos serviços de atenção à SM do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-CE.

O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se 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 SM 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.

O estudo teve início após o parecer da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o processo N° 075290596 de 2007. Os sujeitos do estudo ao terem ciência sobre a participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assumindo que estavam sendo esclarecidos sobre todos os aspectos referentes à mesma e aos critérios éticos delineados na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

Os participantes da pesquisa foram 25 usuários dos grupos do CAPS e 10 trabalhadores que desenvolviam atividades de abordagens terapêuticas grupais e usuários dos grupos terapêuticos dos CAPS Geral, CAPSad e CAPSi da Regional III e Regional IV do município de Fortaleza-CE. 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.¹⁵ O termo usuários refere-se àqueles sujeitos que utilizam os serviços de saúde e nesse sentido, pressupomos que poderiam contribuir na construção deste estudo. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2008.

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, objetivando alcançar a compreensão das relações entre os trabalhadores e os usuários no processo de produção do cuidado a partir das atividades terapêuticas grupais realizadas. Posteriormente, ocorreu a transcrição e o registro em diário de campo, constituindo-se ambos no *corpus* desta etapa da pesquisa.

Foi realizada a análise de documentos para complementar a 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 o funcionamento do sistema no que se refere às ações terapêuticas (práticas).

Além da análise de documentos e da observação sistemática dos grupos, foi utilizada a técnica de Grupo Focal com Trabalhadores (GFT) do serviço que realizavam atividades grupais. Foi realizada uma sessão cujo temário consistiu basica-

mente no tema da concepção de grupo terapêutico e as práticas grupais e ainda sobre o cuidado em saúde mental.

O Grupo Focal (GF) refere-se a uma técnica privilegiada de coleta de informações para as Ciências Sociais. O GF 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, por meio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e em culturas específicas.¹⁶ Pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produtos ou serviços.

O material empírico, originado a partir dos documentos, observações e GF serviu para o melhor entendimento das questões deste estudo. Tomou-se como base a Análise de Conteúdo Crítica e Reflexiva, cujo objeto de análise é a práxis social e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento.¹⁷ A finalidade da análise de conteúdo é produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos.¹⁸

Os dados empíricos foram analisados tomando-se como referência as categorias que deles emergiram. A partir do material construído durante a sessão do GF, das observações dos grupos e da análise dos documentos, fez-se o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, por meio da técnica de triangulação do material empírico, o que possibilitou às várias dimensões do processo investigativo estabelecer as convergências, as divergências, as complementaridades e as diferenças.¹⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os aspectos que se manifestam na formação do vínculo entre trabalhador e usuário na responsabilização compartilhada de todos os sujeitos em seus territórios existenciais, o acolhimento revela-se como um elemento essencial para a ampliação da 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.²⁰

Quando todas concluem, as trabalhadoras solictam 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 (Observação).

No espaço do "entre", no encontro dialógico, cria-se a possibilidade da expressão das necessidades para o equilíbrio da saúde e a solicitação do cuidado é respondida em ato. Entretanto, dependendo de outros determinantes, tais como tempo, demanda, disponibilidade para escuta e responsabilização, a intervenção, em algumas ocasiões, não coincide com o referente pedido.

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.²¹

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.

As falas 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 do que é ofertado.

Eu acho legal no grupo que tudo o que foi falado é muito importante também, mas tem a questão que, às vezes, o próprio paciente, no decorrer do grupo, se torna um suporte para outros que estão 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, 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).

À medida que o usuário participa das atividades terapêuticas propostas e pactuadas em seu projeto terapêutico entre o mesmo e a equipe do CAPS, a condição de adaptação, a emancipação e a reabilitação surgem na mesma proporção. O usuário torna-se referência para o seu próprio

caminhar, além de se constituir um bom exemplo para os outros sujeitos.

Na constituição de um CAPS resolutivo e integrado com a rede de cuidados em saúde e SM, 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, enfim, da comunicação. A existência contínua dessa forma de lidar com as necessidades de todos os envolvidos no processo terapêutico, possibilita uma consolidação resolutiva.

A usuária ressalta ainda a importância da escuta por parte dos facilitadores, na vida "lá fora" ninguém a escuta direito (Observação).

O cuidado implica diretamente na existência do acolhimento, solidariedade e compaixão e 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 os demais recursos propiciam o acolhimento dos sujeitos e parecem promover o alívio do sofrimento.

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, surge algumas características importantes e estimuladoras para construção de um novo contexto de saúde.

Na busca de obtenção de 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.

As narrativas convergem no sentido de reconhecimento do papel de cada elemento do grupo, quando assim se delineia uma opção terapêutica, na

resolução de problemas, anseios e dificuldades de todos os participantes. Deste modo, 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.

Isso, e quem tá mais próximo dele [do usuário] pode sugerir uma saída (GFT).

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

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 a tendência limitada de fazer e pensar saúde.

As práticas são caracteristicamente 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, preferindo de certo modo, o âmbito da autonomia do usuário.²¹

O trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Esse tipo de dispositivo exige uma objetivação clara em sua finalidade, 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.²²

A concepção de Saúde Paidéia 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-artesanal". As responsabilidades macro e micro sanitária são construídas explicitamente a partir desta prática clínica.²³⁻²⁴

Nessa 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.²⁵

Quando se toma a concepção de resolutividade como suprimento das necessidades de saúde do usuário, emergem nas falas dos entrevistados elementos resolutivos como segue:

Melhora a auto-estima (GFT).

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

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

A resolutividade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, consequentemente, 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.²⁶

Assim, podemos a partir dos relatos de alguns usuários coletados nas observações das atividades, confirmar o caráter de resolutividade 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 (Observação).

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, dessa forma, 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.²⁷

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 (Observação).

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 confluam para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim, para a resolutividade das demandas sentidas e apresentadas.²⁸

O trabalho em SM, pela própria forma paradigmática e dialética, apresenta limites operacionais e terapêuticos que, por vezes, precisam ser explicitados, como a fala seguinte nos apresenta:

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 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.

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 SM.

A atuação multidisciplinar em Saúde Mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde, ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a auto-realização, tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial.²⁹⁻³⁰

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 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito dos serviços que dão suporte ao modo psicossocial de atenção à SM como os CAPSs, o dispositivo grupal apresenta-se 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.

O trabalho em saúde, em particular nos serviços de saúde mental, representa um desafio singular, em virtude, principalmente, de sua dimensão extremamente complexa, a qual comporta inúmeras interfaces que vão desde a reestruturação dos serviços até a qualidade da assistência prestada, além das relações de trabalho e da assimilação de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho.

A realidade revela que cada trabalhador da equipe, qualquer que seja sua disciplina profissional, desenvolve uma atitude solidária, acolhedora, respeitosa com o usuário frente à sua individualidade e à 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.

Com base no referencial psicossocial, a autonomia e a co-responsabilização estão vinculadas ao poder e à 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 do estabelecimento 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 pertenças e, dessa forma, de sujeitos.

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, re-

sistências, etc. Os 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.

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.

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

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial. In: Amarante P, organizador. *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2000.
2. Dimenstein M. A reorientação da atenção em Saúde Mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol Cienc Prof*. 2004 Dez; 24(4):112-7.
3. Garcia MLP, Jorge, MSB. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 Jul-Set; 11(3):765-74.
4. Souza AMA, Fraga MNO, Moraes LMP, Garcia MLP, Moura KDR, Almeida PC. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2004 Out-Dec; 13(4):625-32.
5. Guanaes C, Japur M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001 Set; 23(3):134-40.
6. Mendes Gonçalves RB. *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 (SP): Hucitec; 1994.
7. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
8. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. *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*. 2007 Jan; 23(1):75-85.
9. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface*. 2000 Fev; 4(6):109-16.
10. Franco TB, Bueno, WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999 Abr-Jun; 2(15):345-53.
11. Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. Campinas (SP): Hucitec; 2007. p. 25-37.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Brasília (DF): MS, 1996.
13. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1994.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.
15. Assis MMA, Miron VL, Wetzel C, Almeida MCP, Nascimento MAA. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. *Sitientibus*. 1998 Jan-Jul; 18: 67-74.
16. Puglisi ML, Franco B. Análise de conteúdo. 2ª ed. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
17. Triviños ANS. Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1992.
18. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.
19. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*. 2003 Set-2004 Fev; 8(14):73-92.
20. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Colet*. 1999 Jul-dez; 4(2):305-14.
21. Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2001 Mai-Ago; 25(58):98-111.
22. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Jan-Mar; 12(1):97-113.
23. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
24. Campos GWS. A Saúde pública e a defesa da vida. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
25. Lancetti A. *Clínica peripatética*. 2ª ed. São Paulo(SP): Hucitec; 2007.
26. Campos GWS. A Saúde pública e a defesa da vida. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
27. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 21-36.
28. Santos AM, Assis MMA. 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 Colet*. 2006 Jan-Mar; 11(1):53-61.
29. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul-Set; 16(3):417-25.
30. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev Bras Enferm*. 2006 Nov-Dez; 59(6):734-39.