

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA
EDUCASAÚDE/FACED

Dione Maria Pires do Rosário

Experiência com grupos terapêuticos
Uma grande conquista

Porto Alegre, novembro de 2010.

Dione Maria Pires do Rosário

Experiência com grupos terapêuticos
Uma grande conquista

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para a obtenção do título de Especialista
em Educação em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Sandra Maria Sales Fagundes

Porto Alegre, novembro de 2010.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 CONTEXTUALIZAÇÃO: SAUDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL	7
3 CAPS SANTO AFONSO NOVO HAMBURGO	10
4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA ASSISTENTE SOCIAL COM GUPOS.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

Experiência com grupos terapêuticos: Uma grande conquista

Resumo: O objetivo deste trabalho é compreender as práticas e os saberes envolvidos nas abordagens terapêuticas, suas articulações com a produção do cuidado em saúde mental e a pensar o fazer do assistente social no CAPS Santo Afonso, a partir de novas perspectivas de trabalho, enquanto criador de espaços para que o profissional possa se flexibilizar e se implicar no âmbito de um grupo com pacientes com transtorno mental grave que participam das atividades terapêuticas grupais.

A conformação das abordagens terapêuticas grupais 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 que participam do processo.

Palavras chaves: Assistente Social; CAPS; Grupos.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo descrever o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Santo Afonso do município de Novo Hamburgo e relatar as experiências do meu trabalho enquanto assistente social e também como coordenadora de grupos terapêuticos destacando a importância destes no tratamento dos pacientes.

“Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais graves, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico”. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (Ministério da Saúde, 2004).

O trabalho do CAPS também prima em promover ações de prevenção e promoção, e não somente proporcionar atendimento à pacientes em processo de adoecimento e em situações de crise. Os profissionais envolvidos nos serviços também trabalham outro aspecto muito importante para o processo de reabilitação do paciente com transtorno mental, que é fortalecimento de vínculos com os próprios familiares e com a comunidade.

Tenho por objetivo apresentar informações referentes às impressões observadas durante a realização dos grupos terapêuticos, bem como apresentação dos mesmos. Tal apresentação contará com as principais atividades do local, além de expressar sentimentos, dúvidas, tentativas de aliar teoria e prática e percepções pessoais relativas a esta interação. Para tanto, utilizo um estudo de caso com um grupo de pacientes com transtorno mental grave, que marcou a minha experiência como coordenadora de um grupo.

O grupo que pretendo apresentar é particularmente homogêneo, no que se refere à escolaridade e à condição financeira. Os pacientes têm uma boa socialização. Essa atividade tem a intenção de proporcionar situações para o aumento da auto estima, diminuição da

insegurança frente ao outro, favorecendo assim a interação. O interessante nesse grupo é que os pacientes vivem momentos diferentes, trazendo suas expectativas e suas histórias.

Mais do que isso, esse trabalho tem o objetivo de lançar um olhar sobre o que foi aprendido até o momento e como este aprendizado têm contribuído para a configuração do meu exercício profissional, algo que talvez não se possa por em palavras, mas tento traçar um contorno desse processo gradativo, desse fazer diário.

Neste trabalho pretendo apresentar questões relativas aos grupos que coordeno, como também o trabalho realizado no CAPS Santo Afonso e a especificidade deste trabalho no território. Para isso pretendo utilizar autores trabalhados ao longo do curso, bem como bibliografia que conheci através da feitura deste trabalho: Benevides (2007), Baremlitt (1996), Lancetti (1996), Pinheiro e Mattos (2008), dentre outros.

2-Contextualização: Saúde Mental e Serviço Social

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 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 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 de, uma subjetividade e a capacidade de atuar em sua própria história e em seu próprio tratamento.

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.

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

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.

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, o atendimento grupal é visto atualmente como um dos mais relevantes recursos terapêuticos nesse contexto. 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. 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.

Nas instituições, a prática de ações terapêuticas é realizada pelo conjunto de profissionais para que se alcance resultados que possam contribuir para a saúde mental do usuário, em sua inserção na cidadania, pois apenas a interdição oferecida pela medicina psiquiátrica não soluciona a problemática. Ou seja, ainda que o Serviço Social seja subordinado à Psiquiatria, trabalha com as famílias proporcionando suporte acerca do transtorno e ações terapêuticas dentro da instituição, visando, principalmente, a manutenção dos usuários dentro dos moldes do tratamento atribuídos pelos profissionais de psiquiatria, através de terapias que contemplem as questões sociais, pois estão alheias das teorias biológicas e psicológicas.

É necessário que assistente social no âmbito da psiquiatria possua subsídios com relação à saúde mental, discutindo a necessidade de se buscar soluções quanto aos interesses do portador de transtorno mental quer seja na saúde psicossocial, como também ter conhecimentos acerca dos direitos de cidadania, que vão de encontro às concepções de outras práticas políticas que respondem à política neoliberal. Assim sendo, o Serviço Social em Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura crítica destas para dar conta das demandas institucionais sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática do usuário para que se coloque em prática suas proposições voltadas à recuperação do sujeito no âmbito familiar, previdenciário, assistencial, ou seja, em todas as instâncias de sua vida social.

Portanto, para responder às particularidades, faz-se uma análise crítica da prática do assistente social, de modo que englobe os usuários, familiares, equipamentos institucionais e

também uma análise macro das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas que permeiam a dimensão da instituição, a fim de buscar uma melhor prestação de serviços aos usuários de Saúde Mental, bem como assistência a seus familiares. Logo, a atuação do assistente social deve contemplar tanto a área da psiquiatria quanto a do Serviço Social, realizando acolhimento, oficinas, redes de atenção, visando à cidadania, à autonomia do sujeito e inserção na família, considerando sua totalidade social.

3. CAPS SANTO AFONSO NOVO HAMBURGO

O CAPS Santo Afonso se originou a partir da UBS Santo Afonso e foi fundado no dia 03 de maio de 2007. Grande parte das pessoas que montaram o CAPS faz parte da equipe atualmente. Quando o serviço começou a funcionar não tinha estrutura básica, não havia móveis e estava sem condição de se trabalhar. A equipe presente não poderia deixar de fazer algo para acabar com esta situação, então resolveram fazer um chá de casa para adquirir, com doações de várias pessoas da comunidade alguns móveis e utensílios. A partir disso dava-se início aos trabalhos no CAPS.

O território de abrangência do CAPS Santo Afonso é composto por dois distritos sanitários de Novo Hamburgo, com a população somada, aproximadamente de 65 mil habitantes. O quinto distrito abarca os bairros Santo Afonso, Industrial, Liberdade e Ideal. O sexto distrito envolve toda a Zona Rural da cidade chamada de Lomba Grande.

Os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS possuem diversas formações de nível superior e médio, são: dois psiquiatras, três psicólogos, uma assistente social, dois técnicos de e dois auxiliares administrativos, um profissional de higienização, três estagiários de psicologia, cinco residentes de saúde mental, uma estagiária de biologia e uma estagiária de arteterapia.

O CAPS tem cadastrado em atendimento psiquiátrico 336 pacientes, oferecendo atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas, horta, artesanato, psicoeducação, etc. A gestão do CAPS ocorre de forma colegiada compartilhada entre um psicólogo e a técnica de enfermagem.

Os pacientes são encaminhados para o CAPS por toda a rede, especialmente pela Unidade Básica de Saúde do bairro. O local oferece o acolhimento, onde se trabalha com profissionais para o atendimento em caráter de plantão. Como refere Campos (1999) quando defende o *vínculo de acolhida* e o ato da equipe se *responsabilizar* como diretrizes que deveriam determinar todo o desenho do modelo assistencial. O autor ressalta, ainda, que o termo *acolhimento* deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática tradicional, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região.

A permanência dos usuários no CAPS vai variar conforme a demanda de cada um. Segundo a equipe técnica, é importante ressaltar que o objetivo é promover um ambiente acolhedor ao paciente, com promoção de melhora no quadro clínico, visando um retorno à sociedade. Conforme vai havendo uma melhora no quadro clínico, o projeto terapêutico vai sendo modificado, podendo ocorrer de três maneiras, conforme o Ministério da Saúde (2004):

a) atendimento intensivo: trata-se de atendimento diário, com pacientes em grave sofrimento psíquico, em crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

b) atendimento semi-intensivo: o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o paciente apresenta melhora no sofrimento psíquico, com uma possibilidade maior de relacionamento, mas que ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;

c) atendimento não-intensivo: é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias no mês.

O CAPS oferece algumas atividades como: Grupo de Convivência, Grupo Minha vida, Grupo de Mulheres, Grupo Intensivo (de Acompanhamento), Projeto Ambiental, Oficina de Jardinagem, Projeto de alfabetização, Grupo de psicoeducação, Oficina de Arteterapia, Oficina de Artesanato, Grupo de familiares, Grupo de mães, Atendimento individual em psiquiatria e psicologia e Visitas domiciliares.

O CAPS Santo Afonso faz parte da rede do Santo Afonso que engloba CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) Santo Afonso, CAPSI Saca-aí, UBS (Unidade Básica de Saúde) Santo Afonso, projeto NUTRIR, escolas municipais, SMED (Secretaria Municipal de Educação), Núcleo Amigo da Criança, Projeto Regina comunidade (atendimento ambulatorial do Hospital Regina) e Hospital Municipal. Nas reuniões de equipe são acolhidos os casos encaminhados pela rede, quando por vezes a equipe consegue refletir sobre suas características, como, por exemplo, tentar resolver todos os problemas dos usuários, esquecendo de usar os

recursos disponíveis na rede. Estas reflexões sobre o que é feito, o funcionamento do CAPS são possibilitadas pelas supervisões de equipe, que contemplam o eixo ensino aprendizagem.

O eixo ensino aprendizagem também é presente nos seminários que ocorrem uma vez por semana, onde por sugestão de equipe são convidados professores, profissionais que falam sobre os mais diversos assuntos que possam servir de ferramenta para a equipe no fazer diário do Caps.

4. DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA ASSISTENTE SOCIAL COM GRUPOS

Dentro do CAPS o meu trabalho como Assistente Social foi muito além de realizar estudo social, responder aos ofícios do Ministério Público, estabelecer planos de intervenção, realizar visitas domiciliares e participar de reuniões técnicas da equipe.

Minha experiência como Assistente Social no CAPS teve início em setembro de 2007 com uma equipe interdisciplinar. Dávamos início ao trabalho do CAPS com um grande propósito, de dar atenção a quem sofre de problemas psíquicos e que estavam com um atendimento clínico na Unidade Básica de Saúde do bairro.

A equipe necessitava se organizar e pensar como fazer este trabalho da melhor forma possível, já que a estrutura da casa não era suficiente para permanecer com um paciente o dia todo.

A partir de várias reuniões de equipe, passamos a questionar quais seriam as prioridades, as atividades a serem desenvolvidas, os critérios para definir que pacientes frequentariam tais atividades e em quais dias da semana. Decidimos que faríamos alguns grupos em horários diferenciados e que a prioridade seria para pacientes em tratamento intensivo. Foi então que comecei a coordenar o primeiro grupo, que denominamos de grupo de Acompanhamento.

Iniciei um grupo em novembro de 2007. O objetivo do grupo era de potencializar as trocas dialogadas, o compartilhamento de experiências e as melhorias na adaptação ao modo de vida individual e coletiva, assim como viabilizar a socialização, a cidadania, estimular a construção da individualidade, do autocontrole, da auto estima e da independência dos pacientes. A frequência do grupo era semanal, com duas sessões, que durariam em média, 1 hora e 30 minutos. O número de participantes compreendia em média 15 a 20 pessoas, seguindo as características de grupos abertos, com a entrada de novos integrantes sempre que necessário.

Meu trabalho com o grupo se desenrolou envolvendo as escutas, falas, sigilo, muitas chegadas, apresentações e poucas partidas. Minha intervenção era de poder estabelecer um trabalho terapêutico de não permanecer com os mesmos participantes por muito tempo, o que não aconteceu.

Alguns pacientes estavam em tratamento há muitos anos e outros tendo interrompido e retornado sua participação no CAPS, o que permitia que a maioria deles se conhecesse. Em cada sessão, os participantes do grupo apresentavam-se uns aos outros, mostrando sua radical novidade, o que tornava cada encontro potencialmente estimulador da produção constante da subjetividade dos sujeitos que dele participavam. Essa apresentação se refere aos questionamentos entre os participantes do grupo a respeito do quem são, do que sentem e o que fazem.

Esse questionamento ocorria tanto em relação aos novos participantes, quanto aos já conhecidos que se apresentavam continuamente pelo compartilhamento de suas dores, que são as perdas, faltas, tristeza, dificuldades para dormir, agressividade, ver bichos, ouvir vozes, sentir culpa.

Na tentativa de representar o sentimento de estranheza provocada pelo encontro com o outro, os pacientes passaram a discutir a trajetória da doença de cada um, entendendo que no grupo, existem vários tipos de doenças, uns mais leves e outros mais graves, nomeiam seus sentimentos e a história pessoal desde sua experiência com a doença, compreendendo melhor o uso de suas medicações. O grupo é entendido pelo pacientes, como um lugar de ajuda, onde debatem a necessidade de ajudar a si próprio e pedir ajuda quando necessitam.

Nas relações entre pacientes do grupo percebi uma valorização positiva de uns em relação aos outros e sua maneira de se posicionarem ao mundo. A maneira de se comunicar, os conselhos e recomendações também são positivas. Por exemplo: “Você não pode pensar assim, tens que pensar que hoje você está boa, está legal e colocar objetivos na tua vida”.

Para descrever essa valorização cito o caso de MARIA. Em uma das sessões, uma das pacientes chega ao grupo pedindo para ser internada, foi quando vi o próprio grupo a qual pertencia iniciar a conversa, que somente isso não resolveria seu problema. Neste momento todos olharam rapidamente, dizendo “não fale isso, você já foi internada? Sabe como é lá?”. Todos ficaram muito apreensivos e começaram a relatar as suas experiências. Você não imagina como é triste ficar presa num quarto, isolada, eles te amarram, ficar com frio e eles te doparem. O melhor é você pensar bem, é conversar mais no grupo, falar com o teu médico. Pode-se perceber aí a identificação de uma paciente com o sintoma da outra, o que possibilitou discutir um sintoma de uma forma mais dinâmica.

Essas identificações, quando expostas ao grupo, podem ser uma maneira de fazer com que os outros comecem a perceber seus sentimentos, suas dúvidas, suas ansiedades e angústias de uma forma diferente, possibilitando uma maior compreensão. A experiência dos outros componentes serviram de ajuda e suporte para a paciente desistir de pensar em internação e até hoje fala da sua experiência para os mais novos.

Segundo Bion (apud ZIMERMAN, 2001), continente é o lugar do psiquismo do analista onde o paciente vai colocar o conteúdo, um conjunto de necessidades, angústias e objetos. Em qualquer indivíduo ou grupo, há um conteúdo, representado pelas suas necessidades, angústias, emoções, ansiedades, defesas etc., o qual necessita de um continente que possa contê-lo. O próprio grupo pode funcionar como um continente. Sendo assim, o próprio grupo constituiu-se em um espaço continente, onde os pacientes puderam sentir-se amparados, identificando-se entre si, absorvendo as fantasias, angústias e confusão existencial de cada um.

Os pacientes consideram o grupo como uma *família*, “*o que se fala aqui tem que ficar aqui dentro*”, sendo que quem pertence ao grupo deve seguir normas e limites. É um lugar de inserção social, um espaço de compartilhamento, comparado a família e ao trabalho, tendo eles expressado a necessidade de valorizá-lo. Referem que sua participação no CAPS estimulou uma nova ocupação na família, pois muitos familiares participam das atividades no CAPS, como assembléias e grupos de familiares.

O sentimento de pertencimento dos pacientes ao grupo constitui-se pela pertença no CAPS, já que o grupo é uma de suas atividades. O CAPS possibilita novas maneiras de pertencer na família e até na sociedade, porém estar doente ainda é a principal condição de pertença ao CAPS e ao grupo, além da frequência e uso da medicação. O CAPS é entendido pelos pacientes como um lugar de oposição ao hospital psiquiátrico. A lógica da doença, que é crônica, implica uma idéia de pertencimento fixo e permanente ao CAPS, o que impede a sua procura por novas maneiras de pertencer que não estejam pautados na doença. Já no grupo, os pacientes percebem a fragilidade de sua pertença, já que a entende como mais uma das muitas atividades realizadas no CAPS.

No início foi muito difícil trabalhar com os pacientes, pois para eles uma assistente social não poderia entender os seus problemas. No decorrer das sessões fui me apresentando, fomos nos conhecendo e eles foram percebendo que o meu olhar em relação a eles seria diferente. A minha maneira de acolher, de ouvir é que fez a diferença, a cada momento eles

sentiam mais confiantes do meu trabalho e minha intervenção foi se dando cada vez melhor. Ser assistente social facilitou a compreensão dos problemas de cada um, pois como eu também trabalho a parte social e a família, tenho uma visão geral da situação individual de cada um. A cada momento o vínculo com os pacientes foi aumentando, passei a pertencer ao grupo de uma forma muito carinhosa, como nunca imaginei e a ser a maior referência deles no CAPS.

Essa compreensão permite a construção de novos tipos de vínculos e pertencimentos no grupo, uma vez que os pacientes percebem que novas maneiras de pensar e de relacionar-se não são inibidas no grupo, ao contrário, são estimuladas. No grupo, os usuários compartilham dores e experiências, apresentam-se em cada sessão e ensaiam novas maneiras de pertencer. Entendo que assim como o grupo apresenta inúmeras composições, eles também são múltiplos e podem ocupar seus lugares nos múltiplos vínculos em que participam.

Nos primeiros encontros, ainda não havia sido criado um vínculo com o grupo, sendo que havia uma maior rotatividade entre os participantes. No entanto, no decorrer do trabalho foi-se criando uma relação mais próxima, com mais confiabilidade. É muito importante considerar que a maioria conseguiu aderir ao trabalho proposto, participando continuamente e dando uma maior possibilidade de discussão, conhecimento das angústias, inseguranças e características de cada um.

Segundo Zimerman (2001), vínculo significa uma união, uma atadura com características duradouras. É uma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparadas, embora permaneçam claramente delimitadas entre si.

Durante os grupos observei a formação de um subgrupo, com pacientes com uma maior capacidade de organização do pensamento e com algumas funções do ego mais preservadas, como controle de impulsos, juízo crítico, maior capacidade de demonstração de afeto. Em certas ocasiões, estes agiam como um ego auxiliar ao companheiro, fazendo comentários, tentando dar sentido às frases, buscando palavras de conforto e saídas para alguns dos conflitos relatados. Estes momentos se fizeram muito importantes, pois os pacientes puderam encontrar apoio e algum suporte emocional entre o próprio grupo, não sendo tão necessária a intervenção do coordenador.

Aos poucos percebi que os benefícios do atendimento em grupo, principalmente no que se refere aos pacientes mais graves, de difícil diagnóstico, aqueles que ouviam vozes, que viam coisas, que sofriam muito, foram aumentando no contato com os outros que compartilhavam

da mesma experiência. Foram muitos momentos de ansiedades, choros, idéias, de experiências já praticadas (tentativas de suicídio), que não deram certo e que serviram de força e incentivo para os outros participantes do grupo.

Sendo assim, o próprio grupo constituiu-se em um espaço continente, onde os pacientes puderam sentir-se amparados e aceitos, identificando-se entre si, absorvendo as fantasias, angústias e confusão existencial de cada um.

O termo identificação designa um processo psicológico central, realizado ativamente pela parte do inconsciente do ego, pelo qual o sujeito se constitui e se transforma, assimilando ou se apropriando, parcial ou totalmente, dos aspectos atribuídos ou traços das pessoas mais íntimas que o cercam (ZIMERMAN, 2001, P.204).

A identificação é um processo ativo do ego do indivíduo e consiste em fazer com que este se torne idêntico a outro. A reprodução de tais processos identificatórios é freqüentemente observada nos grupos (ZIMERMAN, 2000). Assim, a psicoterapia de grupo possibilita um colocar-se no lugar do outro, identificando-se com seus sentimentos, sintomas e experiências. Isto aumentou a possibilidade dos pacientes relatarem e compartilharem seus sofrimentos, medos, angústias e experiências adoecimento e ao convívio social.

Os grupos são estratégias terapêuticas, os pacientes se tornam parte, os participantes relatam que existe melhora nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas no grupo, na capacidade de lidar com as situações inerentes ao transtorno sofrido, confiança, além de alívio emocional. Nesses grupos são desenvolvidos laços de cuidado consigo mesmo e compartilhados experiências com os demais.

A simples necessidade de falar e ser ouvido foi queixa constante no grupo, a qual nos faz pensar no papel da sociedade e da família, que estigmatiza, não dá escuta e na maioria das vezes não se dá conta da agressão voltada ao doente mental, o qual ao contrário do que se pensa, sente e sofre sozinho. Em psicanálise, o conceito de "necessidade" alude a uma demanda, a um pedido desesperado por reconhecimento e amor, como forma de preencher uma antiga e profunda cratera de origem narcisista, visando satisfazer o mínimo necessário para manter a sobrevivência física e psíquica, implicando em um indispensável tipo de vínculo com outra pessoa (ZIMERMAN, 2001). Neste sentido, pode-se observar claramente a dificuldade do portador de sofrimento psíquico na satisfação de suas demandas, sendo que várias vezes foram relatados sentimento de desamparo, falta de reconhecimento, de carinho, afeto e compreensão.

Quando se mantém um padrão de "normalidade", torna-se inevitável que não haja certa forma de exclusão. Quando não escuto, quando não dou atenção, quando estigmatizo, o doente mental sofre sim. A capacidade de relacionamento interpessoal está presente mesmo nos esquizofrênicos mais isolados.

"É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência (internação em hospícios, isolamento, invalidação e mortificação), e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento, centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica, que as mudanças são maiores" (AMARANTE, 1997, p. 176).

Pode-se observar o sentimento de exclusão em alguns dos discursos dos pacientes, aqui descritos: Em algumas sessões quando falamos em família eles se queixavam bastante trazendo falas como:

"Na minha casa ninguém me ouve. Eu falo, falo, e ninguém me escuta. Parece que estou falando para as paredes".

"Meu irmão não toma mate comigo. A cuia dele é separada".

"Eu queria tanto receber um carinho, na minha casa sou tratada como um animal, pior do que um cachorro, até fome eu passo".

Estes discursos são apenas alguns de tantos outros os quais me fizeram refletir sobre as dificuldades e vivências dos portadores de sofrimento psíquico em relação a família, que consideramos como uma unidade grupal. Percebe-se a necessidade de um acolhimento maior por parte dos familiares, não esquecendo que estes também sofrem, sentem-se angustiados e precisam de apoio emocional para entender o doente psíquico em seu processo de vida e de transformações, modificando sua visão e atitude sobre o mesmo, colaborando assim para que mantenha sua posição dentro do grupo familiar e da sociedade. Silva e Jorge 1999, expressa que:

Por ser a família a unidade básica da organização social, é nesse ambiente que se forma o indivíduo. Portanto, é de suma importância que para atingirmos a saúde dos indivíduos, eles não sejam considerados isoladamente, mas dentro do contexto em que vivem. As influências do

meio social, as relações afetivas entre as pessoas, o ambiente físico em que os indivíduos vivem são importantíssimos para o binômio saúde-doença (1999,p82).

Percebi que escutar os pacientes requer uma grande força para suportar a dor, o pedido de ajuda e que muitas vezes o sentimento de impotência diante de uma realidade, me impedia de tornar as intervenções mais resolutivas, pois não se trabalha isoladamente, dependemos de outros profissionais que compõem a equipe e para que essas relações se consolidem é necessário um constante trabalho de reflexão, escolhas e atitudes.

Após o bom resultado com o primeiro grupo, iniciei o grupo de convivência com pacientes mais estáveis, onde tínhamos momentos de descontração com muita música, cantorias, conversa, chimarrão e outras atividades. Um grupo com o objetivo de trabalhar a remissão de sintomas, atuando no sentido de promover a convivência dos pacientes a fim de trazer afetos a tona e que teve os seus momentos difíceis, mas controlados, um grupo necessário num CAPS.

Com o tempo percebi que alguns pacientes tinham dificuldades financeiras para se prover, se alimentar e que necessitavam de mais auxílio, mais tempo de convívio no CAPS. Partindo desta observação, tive a idéia de um grupo de almoço com os mais vulneráveis, aproveitando assim trabalhar os cuidados essenciais de higiene pessoal e geral. Passei a coordenar este grupo que acabou acolhendo pacientes com melhores condições financeiras, mas que viviam sozinhos, no qual participavam mais como um meio de ter com quem conviver e conversar do que simplesmente almoçar.

E a equipe foi buscando trabalhar com outros projetos envolvendo a rede de serviços do município, partindo da idéia de se trabalhar com a terra, de um modo terapêutico. Vimos a possibilidade de trabalhar com um grupo num projeto de educação ambiental no Horto Ambiental de Lomba Grande. Este grupo que tinha como objetivo fazer com que os pacientes soubessem a importância da terra em nossas vidas, como plantar, como fazer chás e outras ações. Mais uma vez passei a coordenar este grupo.

No decorrer do tempo, alguns problemas foram se apresentando, muitos pacientes se acomodaram, se acostumaram, passaram a gostar de frequentar o CAPS diariamente, afinal, almoçar, tomar lanche, participar de oficinas, de receber atenção enquanto estão sob tratamento, geralmente conseguem afastamento do trabalho. É muito mais conveniente

continuar afastado e participar de todas as atividades do CAPS do que voltar a trabalhar.

Para que tudo isto realmente seja possível é preciso que a equipe que vai trabalhar nestas unidades, saia do modelo clássico de atendimento e funcionamento de trabalho, no qual não há dissolução e nem troca de saberes, predominando o distanciamento e as relações de poder entre técnicos e pacientes e entre os próprios profissionais da saúde que atuam no serviço, assumindo um papel bastante diferente, objetivando a desinstitucionalização do indivíduo acometido por sofrimento psíquico, numa busca constante da reconstituição da cidadania e da reinserção social, respeitando a individualidade e as limitações de cada usuário.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero este trabalho como profundamente importante e gratificante, pois tive a oportunidade de estar muito próximo dos portadores de sofrimento psíquico e percebi a importância dos grupos e do CAPS na vida de cada um deles, pois há um grande vínculo com a instituição e comigo. Alguns chegaram a dizer que o CAPS era a sua casa, que ali eram tratados com igualdade.

No decorrer dos encontros foi visível a melhora dos pacientes no grupo, percebi que estavam mais tranquilos e integrados uns com os outros e com uma melhora na organização do pensamento. É importante ressaltar que os pacientes devem ser reconhecidos como cidadãos com direito a oportunidades de uma vida digna, a liberdade e a um atendimento na sua integralidade.

Os resultados revelam que o grupo pode se configurar como um dispositivo potencializador das ações de saúde, na medida em que oportuniza a articulação entre diferentes aspectos do transtorno mental, viabilizando questionamentos em relação aos modos de viver, produzindo mudanças objetivas e subjetivas para os pacientes, familiares e para os trabalhadores.

A configuração das abordagens terapêuticas dos grupos no CAPS se apresenta como possibilidade de implementação de uma estratégia que promove a autonomia e a transformação, possibilitando novos modos de relação, por meio dos vínculos e as relações entre os pacientes. Demonstrem ser um instrumento muito importante no estímulo à ampliação dos sujeitos que dele participam. Essa ampliação implica múltiplas inclusões dos sujeitos, que além de escolherem as suas maneiras de pertencer, também promovem a ampliação da pertença daqueles a quem se vincula.

Compreendi que os grupos terapêuticos são espaços que promovem auto-estima positiva e crescimento do paciente, sendo que o grupo proporciona momentos de expressão das singularidades e facilita o modo de andar da vida dos pacientes. Para a efetivação do cuidado destes é necessário que 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 singularidade, oferecendo subsídios para a construção de sua subjetividade e cidadania.

Considero que para haver cuidado é necessário que ocorra empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o coordenador e aquele que é cuidado, não devendo se limitar apenas as características técnicas. O vínculo é visto como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas as partes. Esse cuidado ganha materialidade na atitude do coordenador na sua relação com o paciente.

O cuidado envolve também a família do paciente, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do pacientes no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental e que os próprios pacientes apontam que há responsabilidade dos familiares nessa parceria para o tratamento.

Observei que uma das conseqüências de se trabalhar com grupos é a possibilidade da diminuição da estigmatização dos psicóticos pelos não psicóticos e também pelos próprios familiares. Nesses grupos as semelhanças dos problemas vão crescendo de complexidade as relações entre os pacientes.

Dentre os vários desafios da profissão de assistente social que vivenciei, são inúmeras as responsabilidades que o profissional deve ter com relação ao trabalho feito em termos do atendimento em saúde mental. A equipe interdisciplinar é fundamental para a recuperação e reabilitação dos usuários do CAPS, sendo que cada um exerce uma função relevante na evolução da doença apresentada pelo usuário.

Buscando várias maneiras de me ver inserida no “todo”, me deparei com o fato de que ao todo, nos inserimos a cada dia e descobri coisas que posso fazer e coisas que posso fazer melhor. Com essa descoberta veio também, como não poderia deixar de ser para quem experimenta o novo, a ansiedade de não ter noção de como seria o contato inicial com os pacientes, de como seria principalmente trabalhar com grupos.

Criaram-se novos espaços de trabalho a partir do convívio com estes pacientes, a medida que pude identificar novas demandas dos participantes do grupo. Foi necessária uma maior flexibilidade desde o lugar de assistente social e uma maior implicação com o grupo, assim como de trabalhar de um modo ainda inédito para mim, de maneira diversificada.

A partir do exposto, vimos que o atendimento no CAPS é tratar os usuários como cidadãos, e os integrantes da equipe procuram cada um em sua área oferecer um trabalho ao usuário que atenda suas necessidades e proporcionando uma interação com a família em busca do melhor tratamento.

Por fim, como parte do meu processo de experiência nesses três anos de CAPS, pude compreender melhor que o meu trabalho como assistente social proporcionou saberes, práticas, mudanças e um conhecimento em saúde mental que certamente colaborou na construção do meu perfil profissional e ajudou a estruturar uma visão mais crítica da realidade que vivemos. Foi uma grande conquista e posso dizer que minha dedicação, meu esforço só me trouxeram satisfação e realização com o meu trabalho.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE Paulo Duarte de Carvalho. **Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias.** Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, S (org). Saúde e Democracia. A Luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997.p176

BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**/Regina Benevides de Barros – Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007 – Coleção Cartografias 350p.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em saúde Mental.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Página consulta em 08 de outubro de 2010. Retirado de <http://www.saude.gov.br/humanizasus>.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial:** um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**/Gastão Wagner de Souza Campos- São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

LANCETTI. A Clínica grupal com psicóticos: **A grupalidade que os Especialistas não Entendem.** In: Lancetti A, organizador. Grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 155-172. (**Saúde Loucura nº 4**).

PINHEIRO,Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de Mattos.(orgs) **Cuidado as fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro:CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

SILVA, Maria Rocineide Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa. **Trabalhar com a família: estratégia para a promoção de saúde mental.** In:Jorge, Maria Salete Bessa; SAMPAIO, José Jackson Coelho; MORAIS, Ana Patricia Pereira (orgs). Saúde mental e saúde pública: interfaces de teoria, prática, ética e cidadania. Fortaleza: INESP,1999.

ZIMERMAN, David E. et al – **Como trabalhamos com Grupos**,1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.