Helton Alves de Lima

**O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool
e outras drogas**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profª. Dra. Elisabete Ferreira
Mângia

**São Paulo
2019**

Helton Alves de Lima

**O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool
e outras drogas**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profª. Dra. Elisabete Ferreira
Mângia

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Helton Alves de

O trabalho com grupos no Centro de Atenção
Psicossocial para usuários de álcool e outras
drogas / Helton Alves de Lima. -- São Paulo, 2019.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Elisabete Ferreira Mângia.

Descritores: 1.Prática de grupo 2.Transtornos
relacionados ao uso de substâncias 3.Serviços
Comunitários de saúde mental 4.Equipe de
assistência ao paciente 5.Projeto assistencial
6.Abordagens psicossociais

USP/FM/DBD-274/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que souberam sustentar com afeto, paciência, preocupação e apoio incondicional os desejos, as descobertas e as trajetórias desse filho.

Aos meus inestimáveis professores, mestres e companheiros de trabalho, que se transformaram em companheiros de vida e de utopias e que tanto me ensinaram sobre a urgente necessidade de dignificar, potencializar e cuidar da vida, em todas as suas expressões, em toda sua diversidade.

Aos profissionais que, com tanta generosidade e disponibilidade, compartilharam seus saberes e experiências e tornaram possível o desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À professora Elisabete Mângia, que topou o desafio de construir comigo esse percurso pela pós-graduação. Sua inestimável e generosa parceria estimulou-me a superar as dificuldades, a aceitar os desafios da pesquisa e a potencializar meu desejo de seguir a vida acadêmica. Grato pela forma como soube conduzir a orientação nestes dois anos de mestrado.

Agradeço a todos aqueles que me acolheram em São Paulo. Cidade desafiadora, mas que possibilitou meu crescimento e minha maturidade pessoal e profissional. As redes de afeto e cuidado que teci por aqui são preciosas e sustentam cada passo do meu percurso vital. Grato a todas as minhas parcerias.

À Gabi, Tati, Van e Laila: presentes que a vida me deu durante a residência e que levo para a vida! Com vocês, pude aprender o quão importante é compartilhar o trabalho e os sonhos! Grato por compartilharem comigo o cotidiano, por me acolherem nas dificuldades e por serem essa fonte de inspiração.

Grato a todos os amigos que fiz na vida e que, de perto ou de longe, estão sempre comigo. Aos meus queridos amigos que fiz durante a graduação e que levo sempre no coração. Ao Hélio, Má Muyla e Soraia: pessoas de fibra, valiosos mestres!

Em especial, à Isoca, Gabi, Elidinha, Quel, Bia, Lari e Rê. As longas conversas, o carinho e a alegria das trocas e dos encontros permeiam não apenas este trabalho, mas a vida como um todo.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

Quem fala e age? Sempre uma multiplicidade, mesmo que seja na pessoa que fala ou age. Nós somos todos pequenos grupos. Não existe mais representação, só existe ação: ação de teorias, ação de prática, em relações de revezamento ou rede.

Gilles Deleuze

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Considerações sobre o tema da pesquisa	1
1.2. Contextualização acerca das drogas e seu consumo na contemporaneidade	6
1.3. A atenção em saúde dirigida aos usuários de drogas: variações em torno das abordagens assistenciais	11
1.4. O campo da Saúde Mental e o cuidado aos usuários: o lugar do CAPS ad	16
1.5. Interesse pelo estudo	21
2. OBJETIVOS	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. O TRABALHO COM GRUPOS EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1. Panorama dos modos de trabalho com grupos no campo da Saúde Mental: historicização e mapeamento	23
3.1.1. As lógicas centradas no tratamento e na recuperação: as práticas de educação, suporte em saúde e psicoeducação	27
3.1.2. As lógicas centradas no compartilhamento de experiências, desejos e ajuda entre pares: as práticas de apoio mútuo, de ajuda mútua e os grupos de encontro	34
3.1.3. As lógicas do campo psi centradas na cura e na reabilitação: as psicanálises voltadas aos grupos, o psicodrama e o grupo operativo	40
3.1.4. As lógicas grupais centradas na transformação institucional, social e da subjetividade: as reformas psiquiátricas e o grupalismo crítico brasileiro	48
3.2. Mapa-síntese dos modos de trabalho com grupos no âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas	63
4. PERCURSO METODOLÓGICO: A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA E AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	68
4.1. A abordagem qualitativa	69
4.2. A entrevista semiestruturada com os profissionais	70
4.3. Os aspectos éticos, a coleta e a transcrição dos dados	71
4.4. A análise temática de conteúdo	74
4.5. Conceitos teóricos incorporados às categorias descritivas	76
5. RESULTADOS	79
5.1. Caracterização dos sujeitos de pesquisa	79
5.2. Agrupamentos temáticos	80
5.2.1. Agrupamento 1. A percepção sobre as pessoas atendidas	80

5.2.1.1. Compreensão acerca do contexto sociocultural e da identidade social dos usuários	81
5.2.1.2. A procura pelos serviços e a percepção sobre as demandas e necessidades	85
5.2.1.3. Percepções acerca do consumo de drogas e das condutas e dinâmicas interpessoais dos usuários	89
5.2.2. Agrupamento 2: A produção das respostas assistenciais e a organização das práticas	93
5.2.2.1. A compreensão sobre o papel do CAPS ad e as abordagens aos usuários	94
5.2.2.2. A pertinência das práticas grupais ao contexto dos CAPS ad	97
5.2.3. Agrupamento 3: O trabalho nos grupos	107
5.2.3.1. Potencialidade dos grupos	108
5.2.3.2. Os grupos desenvolvidos nos CAPS ad	111
5.2.3.3. As assembleias	129
6. DISCUSSÃO	134
6.1. As concepções e percepções acerca da população atendida e do papel do CAPS ad	134
6.2. Produção das respostas assistenciais e a organização das práticas: desafios da construção da atenção e da participação dos usuários	140
6.3. A construção de concepções sobre o trabalho com grupos: conceitos, práticas e necessidades formativas	146
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
9. ANEXOS	166
9.1. Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pela CAPPesq / HCFMUSP	166
9.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	170
9.3. Roteiro de Entrevista	172
9.4. Questionário de Caracterização dos Sócio-profissional	173

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - Mapa das práticas grupais ou dos modos de trabalho com grupos: Quadro Síntese	64
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPPesp – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

CAT – Centro de Apoio ao Trabalhador

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Lima HA. *O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

O trabalho com grupos na atenção em Saúde Mental compõe o quadro das experiências, estratégias e práticas implicadas na construção e na definição de serviços e ações voltadas às populações com transtornos mentais e comportamentais. As diretrizes políticas relativas à organização dos serviços de saúde mental orientam que as práticas de grupo sejam incorporadas às ofertas assistenciais promovidas pelos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad). Este estudo visou conhecer e analisar o trabalho com grupos em CAPS ad do município de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais atuantes nestes serviços e à luz das concepções e pressupostos sobre a organização das práticas e o desenvolvimento de grupos na atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A pesquisa, de caráter qualitativo, empregou os seguintes procedimentos metodológicos: revisão narrativa da literatura, entrevistas semi-estruturadas com 10 profissionais e análise temática de conteúdo. A revisão teórica identificou as principais tendências do trabalho com grupos no campo da Saúde Mental, que estão orientadas para a cura, a recuperação, o tratamento, a ajuda entre pares, a educação e a transformação social, institucional e da subjetividade. Os dados foram coletados entre junho de 2018 e janeiro de 2019. Os resultados evidenciaram que: 1) os profissionais compreendem que os usuários estão inseridos em processos sociais de estigmatização, e suas necessidades estão relacionadas à dinâmica das desigualdades sociais, da vulnerabilidade e da desfiliação social; tais aspectos são considerados como norteadores das abordagens que as equipes devem desenvolver para a produção do cuidado integral; 2) as equipes constroem seus projetos assistenciais mediante o engajamento em práticas de planejamento, proposição e revisão de atividades terapêuticas, de teor instrumental, procedimental e tecnocrático, o que tende a definir o cotidiano dos CAPS ad a partir desses aspectos; 3) as práticas grupais representam a diversificação de ações voltadas para a produção de respostas às necessidades dos usuários, de acordo com a compreensão das necessidades por parte dos profissionais, e são caracterizadas pela mobilização de processos identificatórios,

dialógicos, interacionais e participativos, que visam o acolhimento, a sensibilização, a discussão de temas, o compartilhamento de desejos e experiências, o tratamento e a inclusão social. Considera-se que o processo de cuidado demonstra contradições no tocante à participação dos usuários: seus saberes, desejos e perspectivas são estimulados nos contextos terapêuticos individuais e grupais, mas estão quase ausentes nos contextos decisórios e propositivos relacionados à construção e planejamento do cotidiano assistencial. Compreende-se que os pressupostos conceituais e práticos do trabalho com grupos está embasado na cultura interprofissional das equipes e não necessariamente nos referenciais teóricos e técnicos da literatura sobre grupos. Conclui-se que as ações e abordagens produzidas pelos CAPS ad estão alinhadas às proposições da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas instituída no ano de 2003, porém é necessário considerar como desafio a dissociação entre as tecnologias assistenciais e as perspectivas de democratização das relações e decisões institucionais, para que se possa vir a construir horizontes participativos e projetos assistenciais comuns que envolvam os saberes e as perspectivas dos profissionais, usuários e comunidade.

DESCRITORES: Prática de grupo; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Serviços comunitários de saúde mental; Equipe de assistência ao paciente; Projeto assistencial; Abordagens psicossociais.

ABSTRACT

Lima HA. *The work with groups at the Psychosocial Care Center for users of alcohol and other drugs* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

The work with groups in Mental Health Care compiles the framework of the experiences, strategies and practices involved in the construction and definition of services and actions aimed at populations suffering from mental and behavioral disorders. The mental health services policy are designed to incorporate group practices into the offer of assistance provided by the Psychosocial Care Center for users of alcohol and other drugs (CAPS ad). The aim of this study was to understand and analyze the work with groups carried out on the São Paulo CAPS ad from the perspective of its front-line professionals, and in light of the conceptions and assumptions of the organization of practices, and the development of groups in Mental Health, Alcohol and other Drugs Care. This qualitative research used the following methodological procedures: narrative literature review, semi-structured interviews with 10 professionals, and thematic content analysis. The narrative literature review identified the main trends of work with groups in the Mental Health field, which are oriented towards healing, recovery, treatment, peer help, education and social, institutional and subjectivity transformation. The data was collected between June 2018 and January 2019. The results showed that: 1) professionals understand that users are inserted in processes of social stigma, and their needs are related to the dynamics of social inequalities, vulnerability, and disaffiliation; these aspects are considered to be the guiding approaches that teams must develop for the production of comprehensive health care; 2) the teams build their care projects by engaging in planning, proposing, and reviewing therapeutic activities in full instrumental, procedural and technocratic content, which tends to define the daily life of CAPS ad from these aspects; 3) group practices represent the diversification of actions geared towards the production of responses to users' needs, according to the professionals' understanding of these needs, and are characterized by the mobilization of identification, dialogical, interactive and participatory processes aimed at raising awareness, discussing themes, sharing wishes and experiences, treatment and social inclusion. It is considered that the care process

demonstrates contradictions regarding users' participation: their knowledge, desires and perspectives are stimulated in the individual and group therapeutic contexts, but they are almost absent in the decision-making and propositional contexts related to the construction and planning of daily care. It is understood that the conceptual and practical presuppositions of the work with groups is based on the interprofessional culture of the mental health teams and not necessarily on the theoretical and technical references of the literature about group practices. It is concluded that the actions and approaches produced by CAPS ad are in line with the proposals of the Mental Health, Alcohol and other drugs Policy which has been implemented in 2003. However, it is necessary to consider as a challenge the dissociation between care technologies, and the perspectives of democratization of institutional relations and decisions in order to create participatory horizons, and common assistance projects that involve the knowledge and perspectives of professionals, CAPS ad users and the community.

DESCRIPTORS: Group practice; Substance-related disorders; Community mental health services; Patient care team; Care project; Psychosocial approaches.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações sobre o tema da pesquisa

O trabalho com grupos na atenção em Saúde Mental compõe o quadro das experiências, estratégias e práticas implicadas na construção e na definição de serviços e ações voltadas para as populações com transtornos mentais e comportamentais, registradas em documentos, relatos de experiência, artigos e capítulos de livros que integram a produção científica do campo. Na atenção psiquiátrica e nos seus processos de renovação ou de reforma desenvolvidos em países dos continentes europeu e americano durante o século XX, os grupos ganharam visibilidade e validade como práticas em saúde mental, a partir de finalidades provenientes de distintos horizontes discursivos (Amarante, 2007; Bauleo, 1988; Baremlitt, 1986; Rodrigues, 1999).

Para abordar a integração das práticas grupais à atenção em Saúde Mental, se faz necessário delinear os movimentos e as tendências que contribuíram para definir seus pressupostos conceituais e práticos, a partir da dimensão sócio-histórica de saberes e práticas heterogêneas.

A temática do grupo constituiu-se historicamente, desde o final do século XIX, enquanto preocupação central de distintos campos teóricos e discursivos. No pensamento sociológico, o grupo emergiu como objeto teórico capaz de dar sustentabilidade às problemáticas relacionadas à constituição do sujeito social diante as relações que os indivíduos estabelecem entre si e com as estruturas e normas sociais. Por sua vez, o pensamento psicológico, alinhando-se às discussões teóricas da sociologia, passou a mapear e a desenvolver conceitos sobre o funcionamento de leis e determinações inconscientes operantes nas relações grupais, a partir de problemáticas relacionadas à grupalidade, à sociabilidade, ao psiquismo, aos comportamentos imitativos de massa, etc. (Fernández, 2006).

Desta forma, ao grupo foi atribuído o status de experiência psicológica e social específica da relação entre indivíduo e sociedade, no tocante ao desenvolvimento dos laços e vínculos sociais, da capacidade de organização social e política, da constituição psíquica do sujeito e dos efeitos psicológicos de manipulação e/ou sugestão dos comportamentos de massa (Fernández, 2006; Barros, 2013).

No decorrer do século XX, o trabalho com grupos tornou-se exigência das sociedades industriais e urbanas para as práticas sociais e profissionais em ascensão. Segundo Fernández (2006),

ao longo dos últimos cinquenta anos foram implementadas formas de trabalho muito diversas, que incluem abordagens coletivas entre seus recursos tecnológicos: capacitação de pessoal de empresas, modernas pedagogias, programação de atividades criativas, gestão da participação social, implementação de políticas de saúde, investigações participativas, intervenções comunitárias, etc. Os campos de aplicação que chegaram a se instituir nesse terreno teriam sido francamente impensáveis em décadas anteriores (p.1)

Diversos foram os movimentos sociais e históricos ligados a esse processo, como o das relações humanas e da dinâmica de grupos, da psicanálise dos grupos, do potencial humano e das terapias para os “normais”. Estes últimos implicaram na difusão da cultura psicológica na sociedade para além do monopólio da psicanálise no campo da subjetividade (Rodrigues, 1999; Baremlitt, 1986).

Como aponta Rodrigues (1999), o trabalho com grupos está associado às relações sócio estruturais entre as práticas sociais e profissionais e o Estado, tanto no sentido da oferta assistencial no âmbito das políticas, quanto do controle e da normalização social. Do ponto de vista da questão da produção da subjetividade, constata-se a implicação das práticas grupais com os valores e comportamentos do individualismo moderno, ao preconizarem o desenvolvimento pelos próprios indivíduos de seu potencial humano e o melhoramento ou otimização de suas relações com seus semelhantes (Rodrigues, 1999; Baremlitt, 1986).

É no seio desse processo histórico que o trabalho com grupos passou a ser tema importante para a formação profissional, a compor os currículos e a mobilizar a construção de instituições de formação de coordenadores de grupos, a partir do Ensino e da transmissão de teorias e técnicas grupais.

Alguns autores (Rodrigues, 1999; Baremlitt, 1986, 1987; Fernández, 2006; Lancetti, 1986; Barros, 1993) apontam como efeitos desse processo a institucionalização e naturalização de alguns saberes e práticas consideradas válidas para o trabalho com grupos, e a exclusão e invalidação de outros, em função da construção de domínios teóricos e institucionais específicos. Outro efeito a ser considerado é a propagação de lógicas que restringem o trabalho com grupos à modalidades previamente estabelecidas - grupos terapêuticos, de diagnóstico, de trabalho, de orientação, de sensibilização, etc.; à teorias consideradas válidas -

psicodrama, psicanálise, *gestalt*, laboratórios-experimentais, operativa, etc.; e às possibilidades de sua aplicabilidade clínica e institucional - adultos, crianças, adolescentes, casais, família, comunidade, etc.

Compreende-se que, a partir destes efeitos, há o risco sempre presente de se reproduzir abordagens formativas descontextualizadas e colocadas como panaceia para as problemáticas e conflitos humanos. Por outro lado, é possível analisar que, o que está em jogo, é a apropriação das estratégias grupais por diferentes tendências sócio-simbólicas e políticas que podem ter horizontes distintos, como o da incorporação do trabalho com grupos aos mecanismos de normalização ou o das possibilidades e utopias de transformação social.

Neste sentido, a temática dos grupos na Saúde Mental é relevante, pois abre como campo de análise as produções sociais e históricas que conformaram os discursos e as práticas que orientam as formas de trabalho e as finalidades dos serviços socioassistenciais.

O modelo psiquiátrico tradicional integrou os grupos aos mecanismos de normalização, a partir da proposição de estratégias pedagógicas, ocupacionais, terapêuticas e psicoeducativas realizadas em contextos coletivos, com a finalidade de promover o tratamento, a conscientização dos indivíduos sobre sua condição de adoecimento e o melhoramento de suas relações interpessoais. Nestas proposições, o trabalho com grupos é fundamentado pelas lógicas médico-psiquiátrica, psicopatológica e psico-médica, que concebem as necessidades dos usuários como derivações sintomatológicas ou dificuldades pessoais que provém do adoecimento mentais (Saraceno, 2001; Basaglia, 1994; Desviat, 2015; Bauleo, 1977).

Por sua vez, as experiências desenvolvidas no âmbito do Movimento Institucionalista, da Psicoterapia Institucional, da Comunidade Terapêutica, da Psiquiatria Democrática e do grupalismo latino-americano demonstraram a potência das práticas grupais na direção da transformação social, institucional e da subjetividade, enquanto impulsionadoras das reformas psiquiátricas (Basaglia, 1994; Dias Barros, 1994; Birman, Costa, 1994).

Os Movimentos Institucionalistas e a Comunidade Terapêutica tiveram seu início durante o período do pós Segunda Guerra Mundial, respectivamente, na França e Inglaterra, já a Psiquiatria Democrática surge na Itália nos anos de 1970. Neste longo período de profundas transformações socioeconômicas, culturais e legais vivenciadas

por países europeus no pós-guerra e por países latino-americanos em seus processos de redemocratização, a questão ética, política e democrática ganhou a centralidade na discussão, organização e planejamento da atenção em Saúde Mental, bem como na revisão das bases teóricas e práticas do campo da psiquiatria (Thornicroft, Tansella, 2010; Desviat, 2015; Jones, 1972).

Neste contexto, as práticas grupais ganharam novos contornos, ritmos e desenvolvimentos. Convergiram aos saberes da psicanálise, da fenomenologia, da psicoterapia e da psicossociologia e ao fortalecimento de perspectivas éticas e políticas. Nas novas experiências de construção de serviços e de práticas em saúde mental, os grupos e coletivos¹ passaram a ser vistos pela sua qualidade potencial de estimular interações e trocas sociais e simbólicas, capazes de: a) modificar os processos de exclusão, tutela, hierarquização e rotulação existentes nas relações entre usuários e equipes, ao fomentar condutas de participação e democratização das relações institucionais; b) enfrentar os processos sociais provenientes do individualismo moderno, ao valorizar o papel das redes sociais, afetivas e materiais no desenvolvimento e sustentabilidade dos projetos de qualificação da vida; e c) valorizar a coexistência entre diferentes modos de existir, ao afirmar a diferença e a criação de novas subjetividades (Desviat, 2015, Thornicroft, Tansella, 2010; Saraceno, 2001; Bauleo, 1988; Schittar, 1985).

Desta forma, o trabalho com grupos alinhou-se ao horizonte discursivo da proposição dos novos serviços assistenciais e instrumentalizou as finalidades gerais da atenção psicossocial, como a produção de vínculos, emancipação, participação, solidariedade e inclusão social, implicadas nos processos de auto-organização, autogestão, suporte, associativismo, etc. (Baremlitt, 1989; Desviat, 2015). Para Baremlitt (1989),

todas essas experiências foram-se juntando para que os psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, concluíssem que numa instituição hospitalar psiquiátrica, onde os pacientes estão recolhidos para serem segregados da sociedade, reprimidos em seus sintomas, submetidos sistematicamente a tratamentos medicamentosos, eliminatórios do paciente ou da sintomatologia, se poderiam empregar todos os mecanismos da vida comunitária a serviço de uma nova cultura, utilizar os espaços, tempos, formas de convivência alternativa e organizativa (p.117).

¹ Como pode ser designado os conjuntos menos formalizados de pessoas que partilham alguma convergência com as instituições ou movimentos sociais.

No Brasil, entre o período da ditadura civil-militar à redemocratização e promulgação da Constituição Federal de 1988, as práticas grupais ganharam visibilidade nas práticas e nas formações profissionais (Rodrigues, 1999; Barros, 2013; Baremlitt, 1986), e foram incorporadas às experiências de reforma da atenção psiquiátrica desenvolvidas em ambulatórios municipais (Cesarino, 1989) e universitários (Birman, Costa, 1994; Junior, 1993), nos Hospitais Psiquiátricos (Lancetti, 1993), nos Hospitais-dia (Lancetti et al., 1989), etc. Nesse processo, observa-se grande interpenetração dos saberes e práticas de grupelistas² latino-americanos, como Pichon, Bleger, Langer, Rodrigué, Baremlitt, Lancetti, Bauleo, etc. (Rodrigues, 1999).

O trabalho com grupos passou a compor os procedimentos previstos para a atenção ambulatorial (Brasil, 1994) e, posteriormente, com a definição das diretrizes da Política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, orientou a construção do cuidado produzido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades - infanto-juvenil, adulto e para os usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004).

Nos anos 2000, a publicação do documento norteador do funcionamento e das atividades do CAPS *definiu a realização de grupos e oficinas enquanto as principais atividades terapêuticas e de inclusão ofertadas aos usuários e estratégicas para a organização da atenção* (Brasil, 2004). Neste documento, observa-se que as orientações grupais são genéricas e voltadas para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas, atendimentos de familiares, oficinas diversas, atividades comunitárias e para a realização de assembleias ou reuniões de organização do serviço (Brasil, 2004).

Nota-se que a orientação grupalista da Política de Saúde Mental para os CAPS carece de reflexões teóricas, técnicas e críticas sobre pressupostos conceituais, práticos e epistemológicos que devem nortear as práticas de grupo na atenção psicossocial. Tal problemática pode resultar na sua incorporação instrumental e procedimental, como alternativa ao atendimento do elevado número de usuários, ou em horizontes discursivos e práticos ligados a interesses, valores e visões de mundo pouco alinhadas aos objetivos do cuidado em Saúde Mental.

Considera-se que a construção da atenção dos CAPS expressa os modos como os usuários, as equipes e a comunidade estabelecem suas relações e compreendem as

² Usa-se o termo grupalista para designar figuras emblemáticas do campo grupal, autores e profissionais que tiveram nos grupos seus objetos de reflexão e de construção de práticas.

situações de sofrimento e as necessidades de cuidado, e pode ser apreendida por meio da indissociabilidade entre a forma de organização das práticas cotidianas e a inseparabilidade dos aspectos individuais e das relações sociais existentes no cotidiano destes serviços (Leal, Delgado, 2007).

Portanto, um dos caminhos possíveis para compreender a construção da atenção aos usuários de álcool e drogas nos CAPS ad é o de ***conhecer e analisar essa realidade, a partir da experiência e da perspectiva dos profissionais atuantes nestes serviços, no tocante aos seus saberes, representações e recursos teórico-técnicos que mobilizam para compreender e intervir sobre a realidade.***

1.2. Contextualização acerca das drogas e seu consumo na contemporaneidade

A relação do ser humano com as drogas e a atribuição de significados socioculturais às práticas de consumo fazem parte do desenvolvimento da humanidade, ao integrarem a formação histórica e cultural das sociedades Antigas, Modernas e Contemporâneas. O consumo sistemático, as regulações sócio-simbólicas, os saberes farmacológicos sobre as plantas e alimentos e a extração de substâncias psicoativas para fins ritualísticos ou terapêuticos estão presentes na história de diferentes civilizações (Rosa, 2014).

A questão contemporânea das drogas é permeada por diferentes práticas discursivas, políticas, econômicas e culturais: 1) enquanto produtos de alto valor econômico, as drogas são transformadas, pelas estratégias de mercado, em itens essenciais das necessidades humanas; 2) como componentes da vida social, são apropriadas pelos sujeitos e grupos sociais no desenvolvimento de suas práticas de sociabilidade, cura, subjetivação e espiritualidade; e 3) já como objetos focalizados de controle social, estão submetidas aos mecanismos de regulação, interdição, incitação ou tolerância possibilitados pelos estatutos sociais e jurídicos da licitude e da ilicitude (Carneiro, 2018).

No período Moderno, a formação e consolidação de extensas redes de comércio e tráfico transnacionais possibilitou com que as drogas fossem globalizadas e difundidas em diferentes contextos sociais e produtivos ao redor do mundo (Carneiro, 2018). Com o cientificismo médico e farmacológico, algumas substâncias foram transformadas em produtos para o tratamento de diversas patologias físicas e psíquicas, compondo assim

os instrumentos técnico-científicos das práticas sociais e profissionais de cura e alívio do sofrimento (Rosa, 2014).

Nesse processo de difusão, as substâncias psicoativas passaram a compor e a agenciar, no cotidiano da vida social, os costumes, as sociabilidades, as resistências político-culturais, como também passaram a responder às exigências de incremento do desempenho do corpo nas atividades laborais, militares, intelectuais, etc., e às demandas de alívio do cansaço e a dor (Carneiro, 2018).

Durante os séculos XIX e XX, algumas drogas sofreram restrições e proibições mediante regimes estatais de normatização e regulação desses produtos, o que resultou na configuração dos três grandes circuitos de circulação: o das substâncias consideradas ilícitas e, dentre as lícitas, as consideradas medicinais e as dirigidas às práticas recreativas³.

Tal processo de normatização foi impulsionado por movimentos proibicionistas localizados nos países centrais⁴ e, posteriormente, se estendeu e se impôs à diferentes contextos regionais, por meio da construção de tratados e de sanções internacionais aos países produtores e consumidores (Carneiro, 2018). Neste percurso, as drogas foram associadas à representações culturais e morais, sendo vistas como o pior dos flagelos da humanidade (Carneiro, 2002) e ameaça à integridade dos indivíduos e das famílias (Souza, 2018).

Estas representações foram veiculadas por movimentos civis e religiosos protestantes, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Em grande medida, eram fomentadas também pelas autoridades médicas locais. Tais movimentos, caracterizados pela moralização e condenação de certos hábitos e comportamentos humanos dirigidos ao consumo de drogas, bem como seus excessos, protagonizaram a integração ao senso

³ Como aponta Carneiro (2018; 2002), a regulamentação diferenciada dessas substâncias baseia-se no pressuposto comparativo dos danos potenciais provocadas por diferentes drogas. Esse critério é questionado pelas evidências científicas, na medida em que não há parâmetros objetivos de graus de nocividade, toxicidade ou potencial de dependência capazes de embasar a construção da classificação jurídica internacional dessas substâncias.

⁴ O proibicionismo se configura no centro de um complexo jogo de tensões e interesses econômicos, sociais, culturais e institucionais em torno das drogas. As proibições expressam os mecanismos de distinção das substâncias que, por muito tempo, tiveram estatutos comuns no Ocidente. Entre os séculos XIX e XX, o álcool, o tabaco e os cafeínicos passaram por diversas restrições e proibições, mas permaneceram com seus estatutos de legalidade, mesmo sofrendo com interdições menores, regulações e licenças que perfizeram a integração social do consumo enquanto *hábito* ao mesmo tempo incitado, rejeitado e tolerado. Entre aquelas incluídas no estatuto da ilegalidade, o ópio e a coca sofreram restrições, limitando-se à fins medicinais, enquanto a maconha teve sua produção e consumo suprimida e interditada (Carneiro, 2018).

comum das ideias e do ativismo em torno da abstinência, da proibição e da erradicação das drogas:

A proibição é o hiper-valor simbólico que investe as substâncias com um enorme valor de signo, fazendo delas marcadores sociais de exclusão e inclusão, de identidade e de fronteira da ilegalidade, por meio da criminalização de condutas de autodeterminação. O campo da autonomia é recortado e circunscrito com o tabu sobre certas ingestões proibidas (Carneiro, 2018, p.34).

Os processos de moralização e estigmatização assumiram um papel central na construção de imagens socioculturais vinculadas à rótulos e estereótipos negativos atribuídos aos usuários de drogas, que resultaram na definição do lugar social e relacional desvalorizado e indesejável em relação ao conjunto da sociedade (Ronzani, Furtado, 2010).

Posteriormente, o discurso moral e religioso se articulou à política neoliberal norte-americana em ascensão no século XX e ao seu protagonismo na construção e difusão da política de guerra às drogas. Desta forma, a compreensão sociocultural contemporânea não se limitou apenas à moralização característica do conservadorismo moderno, e englobou também a percepção dos contextos socioeconômicos, culturais e políticos de integração dos indivíduos, enquanto componentes de um processo de diferenciação mediante o qual se tornou possível localizar, identificar, atribuir sentidos diversos e realizar intervenções desiguais sobre os usuários e às drogas (Souza, 2018).

Para Souza (2018), o que está em jogo não é apenas uma conduta homogênea de repressão, moralização e condenação da relação dos Homens com as drogas, mas, principalmente, a lógica econômica neoliberal da vida social articulada ao modo individualizante, competitivo e capitalizado de produção de subjetividade:

Embora continue sendo moralmente condenável por certos campos discursivos, seu uso está disseminado, incorporado e agenciado à vida na contemporaneidade. Se os lucros estiverem bons, se o rendimento estiver alto e se o risco estiver sob controle, o homem empresa não será reprimido, coagido pelo fato de usar drogas (p.118).

O consumo de drogas é inseparável da produção de subjetividade tal como se apresenta na contemporaneidade e se constitui com base no modelo neoliberal de subjetivação, no qual os indivíduos passam a conceber seus corpos e suas relações como capitais de investimento e a gerir a si mesmos com base em critérios de produtividade, de avaliação dos riscos e de potencialização de suas condutas e capacidades individuais. Desta forma, “pode ser que o uso de drogas seja tomado como uma variável de risco,

mas pode ser também que ela entre como uma variável que aumente a capacidade produtiva” (Souza, 2018, p.117).

No contexto do neoliberalismo contemporâneo, esse modo de governo de si (ou de subjetivação altamente individualizada) define as liberdades e a autonomia, na medida em que o homem “produza seu próprio capital, se gere e se produza como capital de si mesmo” (Souza, 2018, p.117). Nesse sentido, ainda que o consumo de drogas não deixe de ser socialmente visto como algo moralmente condenável, a relação do Homem com as drogas é complexa e atravessada por múltiplas determinações socioculturais e subjetivas:

A ciência da farmacologia vem tornando disponíveis para a humanidade recursos técnicos para a produção de estados de consciência alterada, ou, em outras palavras, técnicas para a intervenção planejada sobre a subjetividade, com o poder de produzir mecanismos mentais específicos, como determinados estados de humor, de prazer, de excitação de capacidades sensoriais, perceptivas, intelectuais, cognitivas, mnemônicas e emocionais (Carneiro, 2002, p.06).

Contudo, isso não significa que o consumo de drogas passou a ser deliberadamente incitado, mas, de forma indireta, o mercado das drogas é mobilizado, investido e tolerado mediante discursos sociais de cobrança, pressão e dívida que recaem sobre a relação que os indivíduos estabelecem consigo mesmos, apontando para a urgência de respostas individuais às demandas do prazer, da felicidade, da virilidade, da produtividade, da criatividade e da modelagem de um corpo socialmente valorizado (Souza, 2018).

A drogadição e a medicalização aparecem então como processos sociais, culturais e econômicos que mobilizam e se articulam ao governo e à gestão de si. Ainda que deem visibilidade aos modos ilícitos de consumo de drogas lícitas, como o uso sem prescrição de medicamentos controlados, bem como o uso de bebidas alcóolicas por menores de idade, tais práticas não se restringem ao seu caráter ilícito ou lícito (Souza, 2018).

Entretanto, aqueles que vivenciam o colapso em suas trajetórias sociovitais e adentram em zonas de risco, perdendo assim o estatuto contemporâneo de investidor, produtor e administrador de si, passam a ser vistos como pessoas desqualificadas e estão mais expostos ao constrangimento, à condenação, repressão e cerceamento de suas liberdades individuais de um modo geral e, especificamente, no que concerne ao seu consumo de drogas (Souza, 2018).

Desta forma, as lógicas repressivas e condenatórias não são totalmente generalizáveis e não se dirigem a todo e qualquer usuário, mas se aplicam de forma parcial e específica, principalmente para a constituição de um tipo específico e pretensamente universalizável de usuário: aquele considerado *falido* ou que *se tornou contraproducente*, como as pessoas em situação de rua, os dependentes e aqueles considerados “viciados” ou “craqueiros” (Souza, 2018).

Ao estudar relatórios e processos penais relacionados à juventude brasileira, Batista (2014) identifica uma visão sobre o consumo de drogas que diferencia a juventude rica e a pobre. À primeira geralmente se atribui o estereótipo medicalizante de doente. Por sua vez, a segunda está mais propensa a ser criminalizada e a sofrer com a moralização e a penalização em razão de sua condição social:

Em geral, os processos se relacionam às famílias ‘desestruturadas’, às ‘atitudes suspeitas’, ao ‘meio ambiente pernicioso à sua formação moral’, à ‘ociosidade’, à ‘falta de submissão’, ao ‘brilho no olhar’ e ao desejo de status ‘que não se coaduna com a vida de salário mínimo’ (Batista, 2014, p.182).

Especificamente, as atitudes de discriminação, condenação, rejeição e moralização de certas substâncias e de seus usuários correspondem historicamente a atitudes de invalidação e criminalização dirigidas a determinados grupos sociais, culturais e minoritários - como os operários, os negros, as mulheres e as pessoas em situação de rua, e aos territórios considerados marginais e vulneráveis - como as periferias, as favelas, as ruas, os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, etc. (Mountian, 2017; Oliveira, 2017).

A compreensão sociocultural sobre as drogas e seus usuários integra o senso comum mediante diversos discursos que atribuem aos usuários conotações negativas, permeadas por processos de moralização e estigmatização, tais como culpados por sua condição, moralmente fracos, sem força de vontade, violentos, criminosos, perigosos, etc. (Ronzani et al., 2015). Contudo, tais atribuições não são consideradas homogêneas e variam conforme a integração sócio, econômica, cultural e política dos usuários de drogas ao contexto contemporâneo societário e de produção da subjetividade (Souza, 2018).

1.3. A atenção em saúde dirigida aos usuários de drogas: variações em torno das abordagens assistenciais

O surgimento do conceito de dependência e do seu correlato material, o dependente de drogas, é fruto de um longo processo de transformação da compreensão sociocultural acerca das drogas e seus usuários, que ganhou novos desdobramentos e significações a partir da Saúde Pública e sua transformação em eixo central de proposição de compreensões e abordagens no âmbito da política e das práticas de tratamento.

A partir da segunda metade do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota e normatiza internacionalmente o termo dependência de drogas. Por detrás desse termo, como também em seu entorno, estabeleceram-se e ainda se estabelecem disputas teóricas e políticas entre modelos compreensivos e práticos que buscam explicar e intervir sobre as questões relacionadas ao consumo de drogas (Carneiro, 2002; Cruz, 2005).

Antes de se tornar uma questão capital e internacionalmente reconhecida como preocupação central da agenda das nações, as condutas individuais relacionadas ao consumo, ou mesmo ao seu excesso enquanto hábito, eram no máximo consideradas, quando inseridas no campo moral e religioso de regulação dos prazeres da carne, como prova de mau caráter ou da falta de autocontrole dos indivíduos. Segundo Carneiro (2002), “o uso de álcool e outras drogas era visto como uma prática condenável em muitos aspectos, e virtuosa em outros, mas jamais como uma doença” (p.03).

A *noção de doença* associada ao uso de drogas, enquanto matriz das categorias normativas de abuso e dependência propostas pelo campo da Saúde, constrói-se durante o século XIX e XX. Neste período, a embriaguez passou a ser vista como hábito que representava uma doença da mente e um transtorno da vontade e, posteriormente, como doença do sistema nervoso central que se equiparava a doenças orgânicas e à noção de insanidade (Carneiro, 2002; Souza, 2018).

O discurso médico e jurídico associava o consumo de drogas aos comportamentos desviantes, à debilidade de caráter e aos vícios⁵, vinculando-os aos

⁵ Neste período histórico, a sexualidade e o corpo tornam-se objetos do saber médico e criminológico e são remetidos à investigação sobre as mazelas sociais, representadas pelos comportamentos vistos como vícios e desvios em relação à norma social, e à intervenção por meio da correção, do ajustamento e da disciplinarização dos comportamentos desviantes. Se antes esses comportamentos

estilos de vida moralmente condenáveis. Neste processo, os movimentos de temperança ganharam forte apelo social e representação política a partir da proposição de proibições em relação às drogas, da abstinência e da organização de “casas de sobriedade” para aqueles que desejassem parar de beber, agenciando práticas em torno da ideia de recuperação (Junior, Ventura, 2013).

Historicamente, o tratamento dado às questões relacionadas ao consumo de drogas no Brasil variou em termos de suas proposições políticas e do ideário sociocultural associado à temática (Machado, 2006). Com o advento do higienismo no país entre as décadas de 1920 e 1940, ganharam força as propostas orientadas por práticas de controle e de punição dos comportamentos considerados desviantes da norma social, sendo o consumo de substâncias psicoativas remetido aos desvios de conduta, o que resultou no afastamento dos usuários da vida pública e sua internação (Junior, Ventura, 2013; Machado, Miranda, 2007).

Na década de 1960, as ações do poder público, dirigidas pela Segurança Pública e Justiça, alinharam-se à política norte-americana de combate às drogas e centralizaram-se no controle, repressão e criminalização da oferta e do consumo (Machado, 2006). O modelo bélico de guerra às drogas se difundia no mundo e, principalmente, na América Latina, que vivenciava profundas transformações sociais e econômicas inseridas na escalada de governos ditatoriais militares (Batista, 2014). No conjunto do aparato jurídico-legal, o consumo era pouco diferenciado do tráfico, de tal forma que os usuários sofriam intervenções penais que determinavam sua exclusão do convívio social e sua permanência em prisões ou sanatórios (Machado, Miranda, 2007).

Neste período, a OMS passou a ter um papel fundamental na difusão das categorias de abuso e dependência. Sob críticas de diferentes setores científicos, abandonou as ideias de “vício” e “hábito” que, continham aspectos morais e religiosos, e separou a dependência física e psicológica para organizar a racionalidade assistencial do campo da Saúde na questão das drogas. Posteriormente, com a Classificação Internacional das Doenças da OMS (CID-10), a definição do conceito de dependência incorpora as dimensões sociais e psicológicas à dimensão biológica:

eram compreendidos no seio da moral e da norma religiosa, com a emergência da saúde como problema de ordem pública e econômica, principalmente relacionada à organização da força de trabalho, o saber médico toma o corpo e a sexualidade como seus objetos de normalização, e a sexualidade torna-se então a matriz que fornece as explicações, não enquadráveis no esquema específico da loucura, para a origem dos desvios da carne, do vício e da perversão (Souza, 2018).

Apesar da tendência à valorização de aspectos biológicos, observa-se na psiquiatria (...) que a conceituação de dependência evoluiu de uma definição puramente biológica para uma que envolve as dimensões psicológicas e sociais da questão (Cruz, 2005, p.281).

Tais esforços não chegaram a modificar totalmente a visão sociocultural e políticas, e os usuários continuaram a ser vistos como doentes e perigosos, predominando assim o estereótipo moral e a hospitalização como oferta assistencial. A partir da década de 1970, sob o novo conjunto das leis de drogas formado pela Lei nº 5726 de 1971 e a nº 6368 de 1976, denominada de “Lei de Entorpecentes”, o consumo passou a ser integrado com mais força à ótica da medicalização. Ainda marcada pelas medidas repressivas e proibicionistas, foram propostas ações de tratamento compulsório, a ser cumprido nos hospitais psiquiátricos, como meio assistencialista e não de inclusão social (Alves, 2009a; Junior, Ventura, 2013).

À categoria criminal somou-se também a psicopatológica: os usuários eram vistos como doentes que deveriam ser tratados, por não possuírem “condições de discernimento acerca do caráter ilícito de seu ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Alves, 2009b, p.2314). A institucionalização era compreendida como medida de “salvação” tanto do indivíduo quanto da sociedade: para os dependentes, indicava-se instituições médicas e de segregação, para os traficantes, as prisões (Junior, Ventura, 2013). Para Souza (2018), a política de drogas foi “elaborada tanto pelos dispositivos da sexualidade quanto pelos dispositivos da delinquência, de tal modo que os usuários de drogas se encontram entre o delinquente, o louco e o pervertido sexual (p.83).

Na década de 1970, foram propostas diretrizes voltadas para o tratamento compulsório dos usuários em serviços hospitalares e extra-hospitalares na rede pública (Machado, 2006). Entretanto, os serviços extra-hospitalares não chegaram à efetivação. Na época, a Saúde no Brasil estava dividida entre o modelo assistencial previdenciário e o das ações de Saúde Pública e não apresentava grandes avanços na assistência às pessoas com transtornos mentais ou usuárias de drogas.

As leis de drogas e a organização sociossanitária do país deste período deixaram como legado para o campo assistencial a internação nos hospitais psiquiátricos, vista como “único recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de álcool e drogas” (Alves, 2009b, p.2314). No interior desta lacuna assistencial, expandiram-se na sociedade brasileira os modelos privados e religiosos de comunidades

terapêuticas e as organizações da sociedade civil, como os grupos de autoajuda dos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos (Lancetti, 2015).

A influência das propostas norte-americanas de assistência aos usuários de drogas difundiu-se nas organizações civis-religiosas e nas abordagens comportamentais e biológicas. À elas foram dirigidas diversas críticas, em razão de seu caráter prescritivo generalizante e de modulação dos comportamentos, os quais abordavam fragilmente os contextos de vida de cada usuário e se alinhavam globalmente com os mecanismos de controle social (Cruz, 2005).

Nas décadas de 1980 e 1990, surgem propostas de serviços assistenciais especializados vinculados às Universidades brasileiras nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Vitória, São Paulo, Recife, Bahia e Rio de Janeiro, com forte influência das abordagens psicodinâmicas ligadas ao conceito de toxicomania propostas pelo francês Claude Olivenstein. Esses centros desenvolviam abordagens ambulatoriais baseadas em atividades terapêuticas de caráter psicossocial que compreendiam o uso abusivo de drogas como um fenômeno que envolvia “diferentes dimensões, incluindo aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais” (Cruz, 2005, p.282).

Na cidade de Santos em 1989, no contexto da atenção voltada ao enfrentamento da AIDS e outras doenças infectocontagiosas, o setor sanitário construiu um programa de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis baseado na troca de seringas. A despeito das pesquisas demonstrarem que o porto de Santos era, na época, um dos principais pontos estratégicos da rota da cocaína da América Latina para o mundo e que o uso injetável era a principal forma de transmissão do HIV no território, a Promotoria Pública protagonizou a abertura de processos criminais e cíveis contra a prefeitura, acusando-a de facilitar o consumo e de gastar dinheiro público com os usuários de drogas e com as trocas de seringas. Em que pese o fato das evidências científicas, das diretrizes propostas pelas conferências internacionais sobre AIDS e das experiências exitosas ao redor do mundo mostrarem justamente o contrário, mesmo assim a Justiça impediu a atuação do setor Saúde no contexto da redução de danos (Mesquita, 1991; Batista, 2014).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, resultado do processo de redemocratização do país há a ampliação da cidadania e dos direitos. Foi estabelecido o direito à saúde, base do Sistema Único de Saúde. A atuação dos movimentos sociais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica foi fundamental para a construção da nova

lógica assistencial, política e cultural dirigida à Saúde, com desdobramentos importantes na atenção às populações usuárias de drogas.

A Reforma Sanitária adota a compreensão ampliada sobre a produção social da saúde e da sua garantia enquanto direito social, o que envolve o enfrentamento das iniquidades, a proposição de um sistema universal de saúde pública e a participação social na formulação e implementação de políticas de saúde (Amarante, 2007; Campos, 2000).

Na mesma direção, a Reforma Psiquiátrica realizou profundas críticas aos modelos asilares e denunciou a violência e a violação de direitos às quais estavam submetidas a população manicomial. Ademais, promoveu o combate e a desconstrução das estruturas manicomiais vigentes, bem como o questionamento e a revisão dos pressupostos psiquiátricos hegemônicos no campo da Saúde Mental. Assim, propôs transformações socioculturais relacionadas ao lugar da loucura em nossa sociedade (Amarante, 2007; Campos, 2000).

A partir do ano 2000, a Saúde Pública brasileira assumiu responsabilidades pela atenção integral aos usuários de drogas. Esse processo culminou na construção de normativas e política específica conduzida pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em diálogo com as diretrizes jurídico-legais da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e do Conselho Nacional de Drogas (CONAD), órgãos responsáveis pela condução da Política brasileira sobre Drogas (Machado, 2006).

A Atenção às populações usuárias de drogas alinha-se às diretrizes da Política de Saúde Mental e da Redução de Danos. O cuidado passa a orientar-se pela promoção da saúde e da qualidade de vida, mediante a construção de estratégias que dialogam com a subjetividade, a cultura, as necessidades coletivas e a intersetorialidade e que visam promover a inclusão social e o fortalecimento da autonomia dos usuários (Yasui, 2007).

Todavia, na miríade de práticas históricas dirigidas à estas populações, coexistem distintas orientações, resultantes do jogo de forças sociais, políticas, econômicas e culturais: a) as abordagens punitivas, os confinamentos e as internações de caráter compulsório; b) os grupos anônimos de ajuda mútua, a abstinência e o ideário da recuperação; c) as abordagens psiquiátricas, comportamentais e psicodinâmicas e suas propostas ambulatoriais e terapêuticas; d) a redução de danos, a reabilitação

psicossocial e a garantia da cidadania por meio das propostas de atenção comunitária e atenção integral.

Mas afinal, qual o lugar das práticas de saúde neste campo de disputas de lógicas e territórios relacionados às drogas e seus usuários?

1.4. O campo da Saúde Mental e o cuidado aos usuários de drogas: o lugar do CAPS ad

A droga é um fenômeno cultural e certamente um fenômeno de mercado também (...) O que penso é que as coisas podem mudar e que o único caminho correto é a batalha cultural e não legal. Uma batalha que se combate no interior da relação com as jovens gerações, por meio de uma modificação cultural do estado das coisas, das condições dos jovens (...) Se refrearmos um fenômeno sem oferecer resposta alguma, o único resultado será o embrutecimento, a aridez.
Franco Rotelli

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Na elaboração da Política, questões históricas, políticas, econômicas e culturais foram abordados: a) a magnitude dos agravos sociais e de saúde relacionadas ao consumo prejudicial de drogas - principalmente o do álcool, responsáveis por grande impacto econômico e social sobre os sistemas de saúde; b) a lacuna assistencial, a dificuldade de acesso e a exclusão destas populações em relação aos serviços de saúde, principalmente pelo caráter moral e de periculosidade por meio do qual tem sido abordada a questão; c) o predomínio de abordagens médicas e psiquiátricas vinculadas à noção de doença e à internação em hospitais psiquiátricos, de abordagens morais e religiosas vinculadas à ideia de recuperação e abstinência para todos os usuários, ou mesmo de abordagens criminalizantes dirigidas à segregação e exclusão do convívio social e o afastamento das drogas; e d) a necessidade do envolvimento de outras pastas governamentais e de setores da sociedade para abordar, de forma complexa, não reducionista e contínua as problemáticas sociais como a vulnerabilidade, a marginalização e a exclusão social que decorrem ou que são reforçadas pelo consumo prejudicial de drogas (Brasil, 2003).

A Lei 10.216/2001 é referendada como dispositivo jurídico-legal necessário para a proteção e garantia de direitos das populações usuárias de drogas. Apesar disso, ainda

pesa a Lei de Drogas e seu efeito de encarceramento em massa e continuidade à criminalização das situações relativas às substâncias consideradas ilegais em nossa sociedade (Junior, Ventura, 2013; Batista, 2014).

No contexto brasileiro, o que está em questão é a construção de outro modo de compreender a problemática das drogas e, a partir disso, propor ações e organizar o campo socioassistencial por meio da defesa dos direitos fundamentais. Visa-se transformar o lugar social dos usuários de drogas, marcado historicamente por práticas de exclusão e segregação. O horizonte é a produção do lugar social do usuário como cidadão implicado no desenvolvimento de projetos de vida e de saúde, que são gestados e sustentados no interior de contextos sociais participativos, inclusivos e de solidariedade social. Para tanto, a pessoa deve ser reconhecida em sua singularidade e em suas necessidades.

Chama a atenção o fato desse processo político assumir novas terminologias para designar a orientação teórica e crítica da Política, que expressam a construção e a sensibilização para um outro olhar relacionado aos usuários de drogas: não mais “doentes”, “toxicômanos” ou “dependentes químicos”, mas sim “dependentes de drogas” e, posteriormente, “pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas”. Esse último termo será assumido pela portaria Ministerial relativa à instituição da Rede de Atenção Psicossocial e pela publicação do Guia Estratégico para o cuidado ou Guia ad (Brasil, 2015a; 2011).

No texto da Política é possível identificar pontos de posicionamento crítico e ético-político em face ao heterogêneo e conflitivo campo do álcool e outras drogas, que demarcam a emergência de novas compreensões e propostas no âmbito das práticas de cuidado em Saúde. O primeiro ponto é a ruptura com as lógicas socioculturais que associam o consumo de drogas aos comportamentos antissociais, como no caso do álcool, e aos comportamentos criminosos, no caso das drogas consideradas ilícitas. Finalmente, a ruptura com a ideia normalizadora de abstinência enquanto finalidade última a ser assumida pelas práticas de saúde:

A dependência das drogas é um transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Temos ainda presenciado o aparecimento de novas substâncias de

abuso e novas formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas (Brasil, 2003, p.08).

Ao considerar as controvérsias relacionadas ao campo moral e legal, as drogas perdem a centralidade ao serem vistas como objetos inertes que apenas ganham significado, nas práticas de consumo, se remetidas à **noção de relação**. Esta envolve a compreensão acerca dos contextos socioculturais e econômicos de integração, assim como dos aspectos subjetivos e afetivos que implicam em novas formas de compreender o consumo de drogas (Brasil, 2003).

O segundo ponto está vinculado à proposição da **redução de danos** enquanto diretriz que considera a singularidade dos usuários. Desta maneira, a abstinência não se impõe como único objetivo do cuidado. Este, pelo contrário, deve ser orientado para a construção de estratégias que possibilitem o enfrentamento de vulnerabilidades, a articulação de redes de proteção e de garantia de direitos e o aumento do grau de participação, de liberdade, de autonomia e de corresponsabilidade, o que implica posturas e disponibilidades por meio das quais os profissionais busquem

acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p.10).

O terceiro ponto consiste na proposição, ampliação e fortalecimento de serviços socioassistenciais inseridos e integrados à territórios organizados e articulados em redes de atenção, para possibilitar a proximidade com os contextos sociorrelacionais reais dos usuários, bem como a ativação de conexões entre instituições, atores, recursos e políticas que possam compor o enfrentamento às vulnerabilidades vivenciadas pelas populações usuárias de drogas (Brasil, 2003).

A **atenção comunitária** passa a ser o modelo sanitário de produção do cuidado. Isso envolve facilitar o acesso aos serviços; evitar a retirada dos usuários de seu convívio social e sua inserção em instituições fechadas e segregativas; identificar os principais aspectos culturais, sociais e de saúde que perpassam as necessidades dos usuários e do território; e se corresponsabilizar pela produção do cuidado integral:

Atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003, p.26).

Neste âmbito, a atenção comunitária reafirma o Centro de Atenção Psicossocial como serviço estratégico. A Política define os objetivos do CAPS ad a partir do desenvolvimento de *ações terapêuticas, sóciocomunitárias e gerenciais* que possam ser capazes de ampliar e qualificar as respostas da Saúde Pública, orientadas pela compreensão de que existem necessidades históricas relacionadas as populações usuárias de drogas:

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS ad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (Brasil, 2003, p.43).

A diversificação das ações de cuidado expressa o caráter complexo do lugar que o CAPS ad assume, alinhado à diretriz da Redução de Danos, diante do campo do álcool e outras drogas. Dentre essas ações, destacam-se os seguintes princípios e diretrizes: a) prestar atendimento diário e garantir a oferta de acolhimento e atenção aos usuários e seus familiares; b) construir o cuidado centrado nas necessidades e particularidades das pessoas atendidas, com continuidade e integração de práticas preventivas, de promoção, de reabilitação e reinserção social; c) ofertar estratégias clínicas, medicamentosas, psicoterápicas, terapêuticas, educativas e de orientação com menor nível de exigência possível e mais flexíveis para contemplar maior parcela da população atendida; d) integrar e ativar redes intersetoriais, familiares e sociorrelacionais visando o enfrentamento de vulnerabilidades, a redução de fatores de risco e o fortalecimento de fatores de proteção associados ao consumo de drogas; e) operar a redução do estigma e do preconceito vivenciado pelos usuários no campo social (Brasil, 2003).

O CAPS ad desenvolve suas ações a partir do trabalho de equipes interprofissionais, compostas por profissionais de nível superior, tais como médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Também inclui profissionais de nível médio, dentre eles: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002; 2012).

Os primeiros CAPS ad surgiram nos anos de 1990, nos municípios de Natal, no Rio Grande do Norte, e de Santo André, em São Paulo. Segundo Lancetti (2015), os CAPS ad foram criados a partir do modelo geral dos CAPS, enquanto instituições forjadas na redemocratização do país e na construção da Política de Saúde Mental. Os CAPS ad

foram a primeira resposta dada pela Saúde Mental [ao ser] convocada para substituir os tratamentos morais e as estratégias reducionistas centradas na abstinência e na elisão da subjetividade, dos corpos e da cidadania das pessoas que usam drogas (Lancetti, 2015, p.54).

No início de 2000 ocorreu a expansão da cobertura dos CAPS ao serem definidos os critérios de financiamento e habilitação pelas portarias ministeriais. A partir do decréscimo dos gastos hospitalares e o aumento dos gastos em atenção comunitária e territorial, criou-se maior viabilidade para a adoção do modelo de CAPS na atenção em saúde mental no território nacional. Em dezembro de 2014, o número de CAPS no Brasil era de 2209 serviços, dos quais 309 eram CAPS ad e 69 CAPS ad III. Neste período, o Estado de São Paulo concentrava 74 CAPS ad e 14 CAPS ad III, encontrando-se um pouco abaixo do esperado pelo indicador de cobertura geral de CAPS por 100 mil habitantes (Brasil, 2015b).

Segundo dados da Prefeitura Municipal de São Paulo, em março de 2019 a cidade contava com 30 CAPS ad distribuídos pelas 6 regiões administrativas da cidade. A região Leste possui 6 CAPS ad, sendo 3 ad III; a Oeste, 4, sendo 2 na modalidade III; a Centro conta com 2, ambos III; a Sul tem 6, sendo 5 III; Sudeste possui 8, sendo 2 III; e a Norte, 4, dos quais 3 são modalidade III⁶.

Atualmente, os CAPS ad são considerados pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, enquanto rede de maior complexidade para a produção do cuidado. Ao integrá-la, devem assumir o caráter mobilizador, formador e articulador de parcerias e recursos, orientando-se assim para a integralidade (Lancetti, 2015; Brasil, 2011; Brasil, 2015a). Esses serviços devem operar estrategicamente, visando criar condições sociais e subjetivas capazes de gerar e sustentar rupturas com os *circuitos territoriais e existenciais* aos quais os usuários de drogas estão submetidos – as zonas

⁶ Link:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204
 (Acessado em 19/05/2019).

de uso, a marginalização, a vulnerabilização, as internações em comunidades terapêuticas e outras instituições, o encarceramento, etc. (Lancetti, 2015).

Tal compreensão acerca dos CAPS ad implica em transformações nos esquemas de referência pessoal e profissional dos trabalhadores inseridos nesses serviços, tendo em vista a complexidade diante da qual buscam desenvolver o cuidado à estas populações:

É preciso atravessar a superfície discursiva sobre as drogas, a das pessoas que usam drogas destrutivamente e a dos que supostamente curariam os drogados. É comum que os usuários que mais defendem a abstinência sejam os primeiros a recair (...) De maneira que a escuta do terapeuta de CAPS ad se oriente para alguém dos discursos dos drogados e dos não drogados (...) o terapeuta precisa ser um atleta afetivo para suportar relações que só manifestarão mudanças com o tempo (Lancetti, 2015, p.65-66).

1.5. Interesse pelo estudo

O interesse nesta pesquisa parte da experiência do pesquisador em sua inserção profissional e formativa no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas. A partir do contato e atuação com as equipes de CAPS ad, identificou-se a necessidade de conhecer e compreender, em profundidade, a construção das estratégias grupais voltadas para a produção do cuidado aos usuários destes serviços.

Tendo em vista a complexidade presente na produção do cuidado à essas populações e os desafios enfrentados pelas equipes na construção, organização e definição de suas práticas, a motivação para a realização desta pesquisa é contribuir para a qualificação e reflexão sobre as práticas em saúde mental, álcool e outras drogas realizadas nos serviços de Atenção Psicossocial Estratégica do SUS.

O objeto de estudo é relevante e pertinente ao contexto do desenvolvimento das práticas de saúde no campo do Álcool e outras drogas e seu estudo busca dar visibilidade à potência das experiências desenvolvidas pelos atores e aos aspectos que necessitam de maior qualificação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Conhecer e analisar a construção e o desenvolvimento do trabalho com grupos em CAPS ad do município de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais atuantes nestes serviços e à luz das concepções e pressupostos sobre a organização das práticas e o desenvolvimento de grupos na atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

2.2. Objetivos específicos

- a) Conhecer as concepções teóricas e os pressupostos conceituais e práticos do trabalho com grupos na atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
- b) Identificar e descrever aspectos relacionados às demandas e necessidades da população atendida;
- c) Conhecer e discutir as práticas grupais descritas pelos profissionais;
- d) Compreender e analisar a relação entre as práticas grupais e a construção da atenção no CAPS ad;

3. O TRABALHO COM GRUPOS EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: REVISÃO DE LITERATURA

As experimentações grupais e as tentativas de apreensão teórica das mesmas são parte integrante de alguns movimentos mais inovadores nos campos da Saúde Mental, Educação, trabalho e luta política. O ativo desconhecimento de tais movimentos tem sido um dos recursos mais utilizados pelos setores conservadores com vistas à desqualificação do grupalismo. Heliana de Barros Conde Rodrigues

Este capítulo tem como objetivo apresentar as abordagens grupais orientadas para o trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas. A teorização acerca do trabalho com grupos exige a compreensão de aspectos históricos e contextuais, assim como das orientações e pressupostos teóricos e técnicos, necessários para refletir sobre os sentidos e as bases destas práticas na atualidade.

Para a realização deste objetivo, optou-se pelo método de revisão narrativa, a partir da seleção intencional da produção de autores reconhecidos por suas contribuições na formulação e desenvolvimento das práticas grupais dirigidas ou incorporadas à atenção em saúde mental. A partir dos achados, foram propostos núcleos de sentido que expressam as orientações e tendências do trabalho com grupos, de forma a subsidiar a categorização das práticas grupais realizadas nos serviços.

A categorização reconheceu o diálogo e as influências recíprocas entre diversas propostas grupais, e buscou alinhar as diferenças e os aspectos comuns e compartilhadas por esses autores. Os tópicos escolhidos visam identificar aspectos que orientam as diferentes práticas e os significados das intervenções por elas desenvolvidas no âmbito da saúde mental.

3.1. Panorama dos modos de trabalho com grupos no campo da Saúde Mental: historicização e mapeamento

No desenvolvimento temático e teórico desta dissertação, as relações entre o campo grupal e o campo da saúde delimitam a tentativa de apreensão do trabalho com grupos nas práticas em saúde mental. Desta forma, busca-se localizar as ressonâncias e

as contribuições que certos modos de trabalho com grupos tiveram e ainda têm na construção das práticas e dos serviços de atenção psicossocial.

Contudo, no desenvolvimento desta tarefa exploratória, se faz necessário considerar, de antemão, que o campo grupal se constitui na heterogeneidade de lógicas e práticas que se estendem até a saúde mental, matizando esse campo com contribuições díspares, mas que conformam identidades em relação às práticas vigentes.

A literatura sobre grupos é vasta, exaustiva e heterogênea, e a produção teórica do campo é perpassada por uma variedade de problemáticas, como a historicização e o mapeamento dos modos de trabalho com grupos (Rodrigues, 1999). Segundo Rodrigues (1999), a historicização e o mapeamento, enquanto recursos metodológicos frequentemente utilizados por autores e estudiosos do campo grupal, aparecem articuladas à três tipos de tendências de apreensão da produção teórica, cada uma delas com implicações distintas.

A primeira tendência, denominada de *especialismo acrítico*, recobre as tentativas de construção de uma história linear por meio da qual as abordagens se encontrariam em constante evolução e progresso, diante da especificidade teórica própria que busca eleger seus precursores e mitos fundadores e excluir práticas e saberes considerados não específicos. Desta forma, a apreensão das práticas é realizada pela ótica de escolas de pensamento e formação que se tornaram hegemônicas, ao se apropriarem da prática grupal como especialidade e especificidade teórico-técnica a ser reproduzida ou transmitida. O especialismo implica, portanto, em procedimentos de naturalização e institucionalização, de tal maneira que a apreensão do campo grupal se encontra desprovida da compreensão de suas condições sóciohistóricas de existência, e se afirmam na ideia de evolução da técnica ou aprofundamento da teoria (Rodrigues, 1999).

A segunda tendência, denominada de *teoricismo hipertrofiado*, possui ressonâncias com a anterior. Essa tendência recorre às perspectivas de análise que se caracterizam quase que exclusivamente por procedimentos teórico-epistemológicos que ora geram conceitos abstratos e generalizáveis sobre fenômenos, leis, estruturas e dinâmicas grupais, que enunciam à priori os limites e possibilidades intervencionistas sobre o grupo, ou ora criam problemáticas teóricas acerca da legitimidade ou não-legitimidade teórica e científica de determinadas concepções e práticas em relação a outras. O grupo tende a ser visto como algo que existe em si mesmo, um objeto formal

abstrato frequentemente dissociado dos aspectos contextuais que informam a proposição de dispositivos grupais, seus fazeres e enunciados como tentativas de respostas as necessidades sociais e históricas gestadas no interior de complexos jogos de forças políticas (Rodrigues, 1999).

A terceira tendência, denominada de *ruptura parcial ou total* com as características do especialismo e do tecnicismo, se constitui a partir da reflexão crítica sobre os limites teoricistas, tecnicistas-tecnocráticos e profissionalistas que orientam os modos de ver, dizer e fazer a historicização e o mapeamento das práticas grupais. A ruptura com os processos de naturalização, de institucionalização e de exclusão de saberes e práticas grupais que perpassam a produção do conhecimento sobre o trabalho com grupos, bem como seus respectivos procedimentos de instrumentalização, tecnicismo e normatização presentes na formação prática e simbólica de coordenadores, possibilita colocar em revisão e reflexão as práticas grupais, e assinalar suas determinações sociais, históricas e institucionais (Rodrigues, 1999).

Segundo Rodrigues (1999), por volta dos anos 1960, surgem trabalhos ligados à perspectiva de ruptura com o especialismo e o tecnicismo, a partir de perspectivas transdisciplinares⁷ dirigidas à contextualização e desnaturalização das histórias e sistematizações presentes na produção do campo grupal. Neste quadro, problemáticas relacionadas ao campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial emergem, de tal modo que a centralidade das orientações teórico-técnicas da formação para o trabalho com grupos passa a ser questionada mediante a mobilização de perspectivas ético-políticas que imprimiram à relação dos grupos com a saúde mental outras nuances, derivadas de horizontes discursivos e práticos relacionados aos processos de transformação social, não reduzidos às instituições ou ao caráter instituído das concepções e propostas grupais.

Dentre as diversas problemáticas existentes (Rodrigues, 1999), destaca-se:

1) os desdobramentos de movimentos históricos libertários, como a antipsiquiatria, as reformas psiquiátricas, os movimentos contra-culturais e das minorias e as lutas democráticas na América Latina, que produziram tensões e críticas aos processos de institucionalização, formalização e especialização das práticas grupais nas áreas da medicina, pedagogia, sociologia, etc.;

⁷ Autores como Armando Bauleo, Gregório Baremlitt, Regina Benevides de Barros, Cecília Coimbra, Robert Castell, Georges Lapassade, entre outros.

2) as perspectivas e debates políticos acerca da capacidade autogestiva dos grupos e da contraposição entre produção coletiva e sugestão de coletivos, frequentemente relegados ao caráter de não-científico pelas redes científicas institucionais e hegemônicas;

3) as discussões em torno da produção da subjetividade nos grupos, que colocam em evidência a difusão e integração das práticas grupais ao contexto das sociedades capitalistas, bem como seu caráter intervencionista e de normalização do social que resulta das complexas relações entre Estado, práticas sociais e práticas profissionais.

Desta forma, a construção de um panorama dos modos de trabalho com grupos nas práticas em saúde mental, álcool e outras drogas envolve o processo de contextualização, que possa auxiliar no assinalamento de componentes históricos, sociais, institucionais, conceituais, tecnológicos, culturais, etc., o que implica em apreender as práticas grupais como agenciamentos de elementos heterogêneos (Rodrigues, 1999).

Na revisão narrativa que segue, a ordenação ou organização das proposições grupais não tem por objetivo encerrar as produções e experiências em um sentido único e totalizante. As categorias construídas respondem à necessidade de elaborar modos de compreender o que fazemos, de compreender as práticas grupais em sua multiplicidade. Busca-se, portanto, não priorizar uma prática, mas sim compreender qualquer domínio de saber e fazer como prática em relação a outras, analisar suas continuidades e descontinuidades conceituais, bem como seus modos de intervenção e produção de subjetividades (Rodrigues, 1999).

Na interface entre as práticas grupais e as práticas de Saúde Mental, emergem objetos e finalidades relacionadas aos saberes médicos, psiquiátricos, psicanalíticos, pedagógicos, sociológicos e psicológicos ligados à correntes de pensamento e de intervenção com alto grau de formalização, que debruçaram-se sobre o tema das doenças mentais, das problemáticas emocionais, psicológicas e relacionais e suas terapêuticas e pedagogias.

Por outro lado, nessa interface emerge também objetivos e finalidades relacionadas às demandas históricas dos movimentos sócio-políticos ligados à transformação dos saberes, das práticas e das redes institucionais da psiquiatria, assim como aqueles relacionados às demandas históricas de democratização, de cidadania, de

direito à diferença, etc., que propiciaram outros discursos e propostas grupais não restritos à finalidade terapêutica ou pedagógica *strito sensu*.

3.1.1. As lógicas centradas no tratamento e na recuperação: as práticas de educação, suporte em saúde e psicoeducação

As práticas grupais aqui reunidas têm em comum uma aposta muito particular, que é a de centralizar a reunião de pessoas em função de categorias identitárias relacionadas às condições de adoecimento que elas partilham entre si. Com frequência, o intuito destas iniciativas parece ser o de viabilizar a sensibilização e aceitação aos quadros diagnósticos apresentados pelos indivíduos, para que possam se ajustar às normas e prescrições que constituem uma determinada proposta institucional de tratamento.

Para tanto, essas abordagens tem como característica a gestão das interações e dos movimentos grupais que influem sobre o papel do coordenador, designado a ocupar o lugar de centralidade e liderança; e a produção de um tipo de sociabilidade marcada pela representação do doente que necessita de assistência e do profissional que procura ensiná-lo o caminho para a cura, ou, ainda, bem integrá-lo ao circuito simbólico e atitudinal de uma cultura grupal medicalizante ou de tratamento.

As abordagens desenvolvidas por Joseph Hersey Pratt, no âmbito da saúde pública, e por Edward Lazell e Cody Marsh, nos hospitais psiquiátricos, são exemplares e estão ***centradas na educação sobre as doenças***, suas causas, prognósticos e sugestões comportamentais, visando a mudança da relação do doente com suas crenças e práticas sobre sua enfermidade.

Pratt foi um médico que atendia, por volta de 1905 na cidade de Boston (EUA), pessoas acometidas pela tuberculose, provenientes de classes populares mais empobrecidas que sofriam com a ausência de recursos sociopolíticos e assistências diversos. O tratamento padrão, baseado em longos períodos de internação nos sanatórios, implicava em rupturas nos vínculos sociofamiliares e de trabalho, além de ser bastante oneroso aos indivíduos adoecidos. Muitas pessoas, impossibilitadas de acessar estas instituições eram precariamente assistidas e morriam devido a rápida e fatal evolução da doença (Pratt, 1907; Sabin, 1990).

Como alternativa à proposta terapêutica de isolamento nos sanatórios, Pratt organizou, no Dispensário de Boston, uma prática ambulatorial e comunitária que combinava consultas médicas, internação domiciliar breve, visitas domiciliares, apoio caritativo das igrejas aos doentes e reuniões entre os pacientes e o médico. Desta forma, ele mobilizava, no enfrentamento à tuberculose e suas implicações sociais e econômicas, um conjunto de atores vinculados aos serviços de saúde, igrejas, bairro, famílias, como também os pacientes que haviam se recuperado, que conformavam um sistema de apoio capilarizado (Pratt, 1907; Sabin, 1990).

Em todas essas ações, o que estava em jogo era a possibilidade de facilitar a adoção, pelos próprios pacientes, de medidas de higiene individuais e ambientais, de dieta e repouso a serem incorporadas em seus hábitos, tarefas e relações, ou seja, de intervir nos aspectos socioculturais relacionados ao desenvolvimento da vida social e cotidiana desses pacientes (Pratt, 1907; Sabin, 1990). Uma das estratégias mais eficazes dessa proposta de facilitação de mudanças era a reunião regular entre os pacientes e o médico. Chamados de “classes” ou “aulas coletivas”, esses encontros reuniam semanalmente cerca de 15 a 25 pacientes, e tinham objetivos declaradamente educativos e persuasivos, visando acelerar a recuperação física (Fernández, 2006).

O médico realizava breves palestras sobre a doença, os cuidados pessoais e o tratamento, verificava as informações clínicas de cada indivíduo e as registrava no quadro-negro da sala de reuniões, com o intuito de evidenciar aos participantes quem mais obteve ganhos por perseverar nas instruções e recomendações. Aqueles que progrediam na incorporação de formas de viver sugeridas pelo médico sentavam-se mais próximos a ele, os que permaneciam pouco ativos na mudança de seus comportamentos e crenças, mais distanciados. Com estilo relacional carismático e paternal, o coordenador convertia-se em líder e promovia a forte identificação dos pacientes para com ele, que ficavam na dependência de sua aprovação (Bauleo, 1982; Fernández, 2006).

No manejo da reunião, emoções e atitudes de solidariedade e competitividade eram estimuladas. As interações entre os pacientes eram marcadas por conversas e depoimentos sobre a recuperação, constituindo-se em uma cultura de apoio grupal que estimulava a adoção de comportamentos considerados saudáveis e reprendia aqueles indesejados (Pratt, 1907; Sabin, 1990). Desta forma, os participantes criavam entre si laços emocionais que influenciavam o interesse pelo tratamento (Bauleo, 1982). Tais

aspectos marcaram esse tipo de experiência de tratamento, que se estendia para além da consulta com o médico e se capilarizava na vida cotidiana dos pacientes, a partir de valores e práticas relacionadas à saúde pública de então.

Lazell e Marsh, psiquiatras que atuaram, respectivamente, nos Hospitais de St. Elizabeth, em Washington, e no Kings Park, em Long Island, entre as décadas de 1920 e 1930, também realizavam reuniões entre os pacientes internados, com objetivo de conhecer as causas dos transtornos mentais e intervir nas interações dos pacientes no interior do hospital psiquiátrico.

Lazell reunia pacientes diagnosticados com transtornos psicóticos, muitos deles soldados sobreviventes da primeira guerra mundial; lia determinados materiais, como artigos, histórias reais ou fictícias; dava palestras temáticas sobre desenvolvimento psicosssexual, origem das desordens psicológicas, amor-próprio, homossexualidade e sintomas alucinatórios, a partir da leitura psicanalítica da época; e propunha pequenas discussões sobre os temas abordados (Luchins, 1970; Bauleo, 1982).

A participação na discussão, qualquer que fosse ela, era entendida como bom resultado terapêutico. Esperava-se que os pacientes trouxessem ideias gerais e impessoais sobre os temas e não conteúdos pessoais, que eram remetidos ao espaço da terapia individual. Lazell acreditava que esse caráter impessoal e racional facilitava a participação nas reuniões, como um modo de estabelecer sociabilidades (Luchins, 1970; Bauleo, 1982).

Marsh atuou de forma semelhante a Lazell, mas em suas palestras não se limitava a abordar discursos médicos e trazia para cena temas como religião, matrimônio, filosofia e perspectivas acerca da vida cotidiana. Marsh, além de psiquiatra, era pastor, e propunha diversas atividades coletivas visando a integração, como corais e teatros, com o objetivo de dinamizar as relações e promover maior adaptação ao ambiente hospitalar. Ambos propuseram formas de socialização que se constituíam em comunidades de tratamento, estimulando a criação de associações de ex-pacientes e encorajando o retorno destes ao hospital para darem depoimentos sobre a recuperação (Boris, 2014).

Estes modos de trabalho com grupos têm como característica maior diretividade e centralidade do coordenador, enquanto líder responsável por reunir os participantes, realizar as palestras e atividades integrativas, trazer as informações principais sobre o adoecimento e lançar mão de recomendações e orientações voltadas à recuperação da

saúde, que se constituíam em estratégias de sensibilização, aconselhamento e orientação. Maxwell Jones, antes de propor o modelo da Comunidade Terapêutica, utilizava destas técnicas de palestra e discussão em reuniões que realizava junto aos pacientes internados em hospitais ingleses. Nestas reuniões, ele transmitia os resultados dos estudos que sua equipe vinha desenvolvendo acerca dos quadros psicogênicos (Jones, 1972).

Ainda que estas abordagens não organizassem reflexões ou conceituações em torno dos grupos, ou mesmo sobre as condições socioculturais e institucionais que as conformavam, as reuniões e atividades coletivas foram bem incorporadas às necessidades de organização do tratamento, visando, ao mesmo tempo, construir ambientes e interações sociais que pudessem convergir em uma maior mobilização afetiva e comportamental para a tomada de consciência e responsabilidade dos indivíduos pela sua condição e seu cuidado, e manter a assimetria de compreensões e fazeres relacionadas ao papel do doente, que necessita de assistência, e do profissional, que busca curá-lo ou, mesmo, discipliná-lo. Por meio das práticas de grupo emergia uma cultura de tratamento, localizável a partir das instituições de saúde.

Essas abordagens foram se consolidando nos diferentes níveis de atenção à saúde que demandavam saberes e intervenções de caráter psicossocial, tanto nas propostas ambulatoriais quanto nas internações hospitalares. Rodrigues (1999) assinala aspectos singulares presentes nas proposições grupais de Pratt, Lazell e Marsh: 1) eles se mostraram disponíveis para atuar em grupos amplos e de participação variável, o que viria a se conformar como problema diante da institucionalização que o trabalho com grupos sofreu nas décadas seguintes; 2) a idealização em torno da figura do terapeuta, produzida e reforçada institucionalmente, com claros contornos pedagógicos e/ou religiosos; e 3) o estímulo à liberalização das relações entre os pacientes, no que se refere ao ambiente terapêutico e à utilização de recursos dinâmicos e integradores.

Nas décadas que seguiram, estas proposições foram apropriadas pelas abordagens psicodinâmicas e psiquiátricas que se formalizaram nos campos da medicina psicossomática e da psicologia médica, e integradas às demandas históricas, políticas e econômicas da assistência em saúde, constituindo-se em estratégias de suporte em saúde e de psicoeducação, que exigiam, em seu funcionamento e validação, os contextos de grupo.

Em seu estudo de revisão, Paes Campos (2007) buscou delimitar a especificidade dos *grupos de suporte em saúde*. Para o autor, estes grupos visam propiciar a integração e a aprendizagem coletiva, com base nas possibilidades de troca e interações afetivas entre pessoas que apresentam necessidades e diagnósticos semelhantes. Estas abordagens recortam contextos e particularidades, desde uma lógica médica e identitária da doença ou do agravo à saúde, para conformar grupos específicos de hipertensos, de mulheres vítimas de violência, de dependentes de drogas, entre outros. Os grupos são vistos como modalidades de atendimento hospitalar e ambulatorial para condições específicas.

Fundamentados por conceitos da psicologia médica psicodinâmica, como o suporte emocional e o acolhimento (*holding*), a proposta destes grupos é enfatizar construção partilhada de estratégias de enfrentamento das situações cotidianas que são influenciadas ou impactadas pelos sintomas e desabilidades dos pacientes, bem como a remissão dos sintomas ou das recaídas associadas ao quadro diagnóstico (Paes Campos, 2007).

O coordenador destes grupos atua como líder que busca facilitar as interações entre os pacientes, estimulando que estes expressem opiniões e sentimentos com grande carga emocional (catarse) e compreendam e se conscientizem sobre os fatores condicionantes de seus diagnósticos e sintomas. Para tanto, utiliza-se de seu saber técnico para identificar e propor temas de discussão, instruir e sugerir aos pacientes mudanças, com vistas ao reestabelecimento e fortalecimento de crenças, atitudes e comportamentos de autoconfiança e de diminuição do isolamento (Paes Campos, 2007).

Este modelo foi aplicado no tratamento ambulatorial de pacientes com transtornos mentais severos, em Hospitais Universitários norte-americanos na década de 1970, com a finalidade de minimizar a necessidade de hospitalização, de diminuir o isolamento e promover a adesão à proposta de tratamento. Os grupos eram coordenados por psiquiatras e enfermeiros que realizavam abordagens educativas e terapêuticas para conhecer as doenças, promover a adesão aos recursos farmacológicos, explorar as dificuldades pessoais e desenvolver a auto-responsabilização pelo tratamento (Sabin, 1990).

A *psicoeducação*, por sua vez, enfatiza a abordagem intelectual de temáticas relacionadas aos transtornos e a modificação de comportamentos, cognições e atitudes que favorecem o aparecimento ou a manutenção dos sintomas apresentados pelos

pacientes. Segundo Saraceno (2001), o modelo psicoeducativo baseia-se nos estudos sobre a Emoção Expressa, desenvolvidos na década de 1960, dirigidos à adaptação social de psicóticos em alta hospitalar, e que visavam diminuir ou impedir recaídas e identificar os fatores precipitantes de recidivas associados ao contexto sociofamiliar.

Foes et al. (2015) enfatizam o caráter didático, instrucional e adaptativo da psicoeducação e a definem como abordagem estruturada e programada para problemas específicos. O foco é a ampliação do conhecimento sobre o diagnóstico, a etiologia, o tratamento, o prognóstico e o esclarecimento de informações trazidas pelos participantes, que são consideradas pelos saberes técnicos como distorcidas e insuficientes. Outro objetivo da psicoeducação é o treinamento de habilidades sociais e de comunicação, de resolução de problemas e de enfrentamento ao estresse (*coping*). Os objetivos da intervenção grupal são pré-definidos pelo coordenador, que atua como instrutor e facilitador da interação do grupo e da realização das atividades por ele propostas.

As intervenções psicoeducativas propõem a adoção de um conjunto de objetivos gerais e suas respectivas técnicas: diminuição das atitudes de crítica em relação ao paciente, por meio de medidas educativas para ampliar a compreensão dos familiares sobre o distúrbio e necessidades do paciente; estabelecimento de regras básicas de convivência e melhora da comunicação familiar, por meio de treinamento de habilidades de resolução de problemas e de comunicação assertiva; diminuição da exclusão dos pacientes e do isolamento familiar, por meio de troca de experiências entre diferentes famílias que vivenciam situações semelhantes; e diminuição do tempo de contato do paciente com a família, por meio de sua inserção em atividades e ocupações (Saraceno, 2001).

As propostas de suporte em saúde e de psicoeducação são amplamente difundidas na construção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, principalmente pelas agências norte-americanas. O Departamento Nacional de Saúde dos Estados Unidos publicou no ano de 2005 um *guideline* sobre práticas de grupo, em diálogo com abordagens cognitivo-comportamentais e motivacionais, voltado para o planejamento e oferta de tratamento. Segundo o *guideline* (SAMHSA, 2005), o trabalho com grupos é visto tanto pelo seu viés de economia da atenção, quanto pela existência de dinâmicas interacionais consideradas atributos terapêuticos dos grupos, como a afiliação, a identificação, o apoio e o confronto entre pares.

Voltados para a cultura da recuperação, estas propostas têm como meta o desenvolvimento de um processo gradual de intervenções dirigidas à abstinência, e visam também reduzir o isolamento e o estigma e seus impactos nos sintomas depressivos dos pacientes. A organização proposta baseia-se em estágios progressivos do tratamento (iniciais, intermediários e finais do tratamento), por meio dos quais as diferentes modalidades grupais são desenvolvidas. Tais estágios se vinculam à ideias avaliativas, como a de presença ou ausência de capacidade de crítica pessoal acerca dos prejuízos decorrentes do uso, de motivação para a recuperação e para a mudança, e de aquisição de habilidades como forma de reabilitação e reinserção (SAMHSA, 2005).

O guideline propõe modalidades grupais fortemente vinculadas à noção de mediação profissional, a partir da organização de grupos psicoeducativos e motivacionais para conscientização e esclarecimento sobre o abuso de substâncias; grupos de desenvolvimento de habilidades que viabilizem a abstinência e prevenção de recaídas; grupos cognitivo-comportamentais para alterar pensamentos e condutas que condicionam as práticas de consumo; grupos de apoio para estimular o compartilhamento de experiências e estratégias de abstinência no cotidiano; grupos de relacionamento interpessoal para a investigação de processos psicodinâmicos que contribuem para os padrões de abuso ou que interferem na recuperação; além de grupos de atividades artísticas para a expressão de sentimentos e grupos voltados para questões específicas, como raiva, timidez e prevenção de recaídas (SAMHSA, 2005).

Essa perspectiva possui forte penetração nos meios médicos e acadêmicos brasileiros, particularmente entre aqueles que se debruçam sobre a validação do conceito de dependência química como perspectiva compreensiva e organizadora da atenção aos usuários de substâncias psicoativas. O conceito de dependência química pressupõe a existência de uma doença relacionada ao funcionamento neurocerebral, psicossocial e comportamental das pessoas consideradas dependentes, e que se caracteriza como sendo crônica, de longa duração e com alta capacidade de deterioração do funcionamento e da saúde global (Pratta, Santos, 2009).

Localizados na cidade de São Paulo, centros de estudo e tratamento vinculados à universidades públicas⁸ propõem atualmente programas ambulatoriais e de internação hospitalar que se utilizam do conceito de dependência química e dessa perspectiva da

⁸ Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, da Universidade Federal de São Paulo, e Programa Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas, da Universidade de São Paulo.

recuperação e do tratamento para balizar e organizar suas ações terapêuticas e, em especial, o trabalho com grupos.

3.1.2. As lógicas centradas no compartilhamento de experiências, desejos e ajuda entre pares: as práticas de apoio mútuo, de ajuda mútua e os grupos de encontro

As práticas de grupo centradas no compartilhamento de experiências e na ajuda entre pares propõem como principal estratégia o fortalecimento de vínculos sociais e comunitários e a identificação com vivências e sofrimentos compartilhados entre os sujeitos. Baseiam-se na construção de espaços de encontro e interação social entre pessoas que vivenciam situações e/ou partilham condições de saúde e diagnósticos semelhantes, por meio dos quais busca-se processar alternativas para a vida cotidiana, estimuladas pelo compartilhamento de dificuldades, de experiências pessoais e de recuperação (Vasconcelos, 2013).

O *apoio mútuo* é popularmente conhecido como prática dos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA). O AA foi fundado por Bill Wilson e Robert Smith na década de 1930 em Ohio e em Nova Iorque, nos Estados Unidos, com base nas diversas experiências pessoais de recuperação por eles vivenciadas, como as internações em hospitais, a participação nas reuniões evangelizadoras dos grupos Oxford e o contato com a psicologia espiritualista, pragmática e da mente de William James (Vasconcelos, 2013).

Inicialmente, constituiu-se como irmandade civil que buscava se desvencilhar da religião ou das instituições e saberes médicos. Atualmente, se organiza como uma associação com características próprias, tais como: a) estrutura de filiação descentralizada e de base; b) verticalismo doutrinário, que parte da agência central norte-americana, responsável por fornecer o conjunto de princípios, valores, instruções e modelos de funcionamentos; c) regras que visam manter o anonimato, a segurança e confidencialidade dos membros; d) autonomia em relação aos serviços e profissionais do campo psi e da saúde (Vasconcelos, 2013).

A abordagem do AA instituiu uma série de princípios para a compreensão do alcoolismo, visto como tipo particular de doença moral e espiritual, e para o caminho pragmático de recuperação, conhecido como 12 passos, operacionalizados mediante reuniões (ou salas de AA), apadrinhamentos (de um membro novo por um membro

antigo) e participação nas diferentes atividades da irmandade. Esse modelo foi adotado por outras iniciativas da sociedade civil, como os Narcóticos Anônimos. As práticas grupais do AA (as reuniões ou salas) têm como característica a valorização da história pessoal e da vivência grupal, por meio de

uma tradição oral muito próxima da cultura popular, que permite a identificação interpessoal imediata entre seus participantes, o acolhimento e o intercâmbio de experiências e estratégias de recuperação (Vasconcelos, 2013, p.182).

Grinberg et al. (1976) consideram que as propostas desenvolvidas por Marsh e Lazell nos hospitais psiquiátricos norte-americanos influenciaram a conformação dessa cultura grupal do apoio entre pares, principalmente pela proposição de práticas dialógicas baseadas em depoimentos e pelo estímulo ao ingresso dos pacientes em associações de ex-pacientes.

Os grupos de AA tem como objetivo acolher usuários problemáticos de álcool e promover a abstinência, por meio de mudanças atitudinais e no sistema de crenças e valores destes indivíduos, sustentada pela adoção de hábitos, comportamentos e crenças baseados na literatura sobre o alcoolismo e na proposta dos 12 passos (Vasconcelos, 2013).

Nestes grupos, não há coordenação profissional. A ausência de profissionais do campo da saúde ou psi na coordenação não é fortuita, mas envolve a estratégia de autonomia do AA em relação a estes campos. As atividades e dinâmicas previstas são facilitadas pelos próprios membros, geralmente aqueles já bem integrados e que mantém a abstinência, servindo como modelo para os membros novos. Essa característica visa promover interações sociais de cunho fraternal e identificações horizontais entre os membros (Vasconcelos, 2013).

Vasconcelos (2013) identifica, nestas propostas grupais, as noções de doença progressiva e incurável e de perda de controle do ato de beber. É por meio destas noções que se opera o acolhimento das vivências emocionais de desespero e de isolamento de seus membros. Todavia, se em um primeiro momento, o uso dessas noções têm como finalidade interromper o processo de incorporação, vivenciado pelos novos membros, de um olhar sociocultural relacionado ao desvio de caráter e à fraqueza psicológica; em um segundo momento, com a integração deles ao sistema de valores do AA, outras noções passam a operar, como a de responsabilização e a de individualização, que convertem o alcoolismo em problema moral e espiritual de total responsabilidade

individual, com forte tendência de conversão do tipo religiosa evangélica. A individualização e a responsabilização são apontados pelo autor como valores cuja raiz é encontrada nos movimentos protestantes norte-americanos (Vasconcelos, 2013).

Para Vasconcelos (2013), estas noções são problemáticas por possuírem caráter acrítico, cuja consequência é a alienação, a individualização e a privatização das experiências pessoais. Os aspectos sociais, culturais e políticos veiculados nas narrativas dos membros são vistos como externalidades, ou mesmo como desculpa, negação e racionalização, e são compreendidos como evidências de manifestação do alcoolismo. Desta forma, ainda que se produzam efeitos de reorganização da rotina de vida, de retomada das relações interpessoais e sociais e de modificação de hábitos, identifica-se na abordagem dos grupos de AA valores relacionados ao conservadorismo e ao neoliberalismo, que tem como característica a ausência de estímulo para a reflexão e construção de formas ético-políticas de empoderamento e de individuação psicológica (Vasconcelos, 2013).

A partir destas análises, Vasconcelos (2013) identifica duas tendências das estratégias de ajuda entre pares. A primeira, está ligada aos processos socioculturais de individualização e de constrição da identidade social à noção de doença ou desvio, predominante nos grupos de apoio mútuo, como AA e Narcóticos Anônimos, entre outros de enfoque biomédico. A segunda, está ligada às estratégias de empoderamento e de cidadania que integram perspectivas mais amplas de transformação social, que buscam modificar as relações sociais de exclusão e produzir respostas às necessidades dos grupos sociais minoritários, mediante a sua inclusão social.

Esta segunda tendência apresenta forte conexão com as lutas sociais no campo do direito e da assistência aos portadores de transtornos mentais. Fundamenta-se na construção de relações de solidariedade e de cooperação para a superação dos processos discriminatórios presentes na cultura e na sociedade, e no fortalecimento do ativismo social e político. Exemplos concretos desta tendência são os grupos de ajuda e de suporte mútuos, as iniciativas de geração de trabalho e renda e as associações de usuários e familiares (Vasconcelos, 2013).

Os *grupos de ajuda mútua* são reuniões em que os usuários dos serviços de saúde e a comunidade trocam entre si apoio emocional, informam-se, identificam recursos e sistematizam as estratégias que usam para lidar com seus problemas do dia a dia. Tem como objetivo desenvolver dinâmicas fraternais e horizontais, promover

interações sociais e atitudes de expressão e de partilha de vivências. Nestas reuniões, compartilham estratégias de enfrentamento para questões cotidianas e conscientizam-se sobre fatores sociais, políticos e comunitários envolvidos nas vivências particulares, de forma a produzir maior sustentabilidade para a vida cotidiana (Vasconcelos, 2013).

A dinâmica grupal baseia-se na facilitação rotativa das reuniões entre os membros que está centrada na garantia das regras de convivência e no contrato grupal, no estímulo à identificação entre os pares e na participação e dedicação regular aos encontros. Os profissionais de saúde podem participar, principalmente como indutores das práticas de facilitação, mas sua tarefa é estimular que os participantes se responsabilizem pela organização, gestão e facilitação dos grupos (Vasconcelos, 2013). Outro foco é a ação prática das pessoas para resolução de problemas do seu cotidiano que são estimuladas e valorizadas pelo grupo, com vistas a superar a desvalorização social e o assujeitamento socialmente atribuído aos usuários (Vasconcelos, 2013).

Os grupos de ajuda mútua, devido ao seu caráter de empoderamento, podem desdobrar-se em diferentes estratégias grupais, como o suporte mútuo, voltado para a realização de atividades coletivas externas aos serviços, que podem ser desde a cooperação na realização de tarefas cotidianas para apoiar as necessidades dos participantes, como o cuidado doméstico e o lazer, até o desenvolvimento de projetos mais complexos de inserção cultural, de produção de trabalho e renda, ou de moradia (Vasconcelos, 2009).

Os *grupos de encontro*, por sua vez, foram sistematizados por Carl Rogers no final da década de 1940, como desdobramento de sua abordagem centrada na pessoa e influenciado pela técnica dos *t-groups* (grupos de treinamento, de treino de sensibilidade ou grupo centrado sobre o grupo), desenvolvida pelos discípulos norte-americanos de Kurt Lewin, em Bethel, após a sua morte.

Lewin era um professor e psicólogo experimental alemão que emigrou para os Estados Unidos durante a ascensão do nazismo. Por volta de 1943, recebeu do governo norte-americano a encomenda de pesquisar e intervir sobre situações cotidianas. O interesse do governo era promover mudanças nos hábitos alimentares das donas de casa, para que estas passassem a consumir determinados alimentos antes não integrados no cotidiano. Nesta pesquisa experimental, Lewin compreendeu que há diferença e maior efetividade na tomada de decisão em grupo do que no aconselhamento diretivo e individualizado (Rodrigues, 1999).

Essa mudança de orientação do caráter experimental para a intervenção social a partir dos grupos, demarca a passagem da pesquisa controlada, baseada no não engajamento entre os atores, para a pesquisa-ação, na qual espera-se algo dos grupos, como transformações de ideias e práticas. Os *t-groups* nascem a partir de um acontecimento ocorrido nos seminários de formação de grupos de Lewin.

Estes seminários, voltados para o estudo dos climas, dinâmicas e comportamento dos grupos, tinham como característica a rígida separação entre formadores e formandos: usava-se técnicas para estimular a discussão entre os participantes, enquanto os monitores os observavam e analisavam sem intervir ou dar *feedback* e depois discutiam suas impressões em reuniões com Lewin (Rodrigues, 1999). Ocorreu que os formandos de um desses grupos exigiram sua participação no processo de análise, que então veio a ser partilhado e coletivizado. Desta forma, a elaboração experimental de um saber sobre o grupo, feita a partir da observação dos formadores, transforma-se em um saber que é construído com a colaboração dos participantes e com a validação, pelo grupo, das hipóteses criadas pelos coordenadores (Rodrigues, 1999).

Os *t-groups* possuem um enquadre estável, que reúne aproximadamente 10 pessoas, cujo objetivo é formar-se. O coordenador não ensina ou dá conselhos, mas devolve ao grupo sua percepção ou análise quando julga necessário. A finalidade é que o grupo possa dispensar, com o tempo, o coordenador, na medida em que conseguir incorporar a capacidade de analisar o próprio funcionamento no aqui e agora (Rodrigues, 1999). Os *t-groups* têm como objetivo

explorar o processo grupal para vivenciar modos de comportamentos, com treino do manejo da situação de grupo, experimentações de sentimentos e compreensão dos afetos, assim desenvolvendo no participante a habilidade de aprender a partir de sua própria experiência ou da de outras pessoas (Furlan, 2015, p.278).

Esse procedimento passou a ser reconhecido pela sua ressonância clínica e terapêutica, já que visava, ao mesmo tempo, uma experiência do grupo transformável em conhecimento, e um conhecimento do grupo que possa transformar a experiência (Rodrigues, 1999).

Para Furlan (2015), a técnica ensinava aos indivíduos habilidades para observar e conhecer as suas interações e o processo grupal, para que pudessem compreender melhor sua maneira de agir nas situações cotidianas, como no trabalho, para se tornarem

mais competentes. Essa finalidade dos grupos emergiu principalmente pelo interesse dos setores industriais em intervir, a partir das abordagens da dinâmica de grupos e das relações humanas, nos contextos coletivos de trabalho, como as equipes, visando um maior conhecimento sobre os fatores que determinavam o seu rendimento.

Mas foi a partir de Rogers que esse modo de trabalho com grupos pôde ser integrado à objetivos declaradamente terapêuticos. Ele desenvolveu sua terapêutica humanista como uma forma de atuação das práticas psi, a partir da ideia de centralidade na pessoa, seus saberes, sofrimentos, necessidades e capacidades. O indivíduo e suas relações sociais era, já na época, uma preocupação das sociedades ocidentais capitalistas, e a abordagem de grupo centrado na pessoa visava desenvolver a autocompreensão e a conscientização pelos próprios indivíduos de suas atitudes nas relações (Furlan, 2015).

O efeito almejado pelos grupos de encontro era a transformação estável das interações dos indivíduos com o mundo ‘exterior’:

A experiência da relação em grupo e a expressão de sentimentos e pensamentos dos participantes, facilitada por um terapeuta, possibilitaria o desenvolvimento de habilidades sociais e pessoais para lidar com situações cotidianas (Furlan, 2015, p.279).

Os grupos de encontro não tinham como finalidade educar ou ensinar algo aos participantes, por meio da informação ou da centralidade dos saberes especializados dos coordenadores, mas sim abordar a dimensão afetiva e atitudinal, estimulando que os próprios participantes fizessem a análise e reflexão sobre seus modos de vida, suas relações e interações sociais e seus comportamentos diante as dificuldades e situações da vida (Furlan, 2015).

A noção rogeriana de “não diretividade” propõe determinado papel para o terapeuta: o de facilitador. Nesse papel, o terapeuta visa criar condições de expressão dos sentimentos e de significados atribuídos às experiências, para que os membros do grupo possam falar de suas vidas e seus sentimentos e trabalhar suas habilidades pessoais com os demais participantes. Desta forma, a centralidade destes grupos é o compartilhamento de experiências

de adoecimento ou de condições de vida e das formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, se espelhem, se apoiem ou criem novas maneiras para enfrentar situações semelhantes. Podemos constatar a função do coletivo operando para efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais (Furlan, 2015, p.285).

Segundo Furlan (2015), a partir da necessidade de que o grupo desenvolva sua própria direção e objetivos, aspecto característico da ideia de grupo centrado nas pessoas, existiriam fases não sucessivas de desenvolvimento do processo grupal: 1) na fase de hesitação, o terapeuta/facilitador procura não assumir a responsabilidade de guiar ou direcionar, o que geraria um período de confusão e frustração entre os participantes; 2) na fase de expressão ou exposição, os participantes experimentam testar a confiança entre si, e revelam aspectos emocionais e de suas histórias pessoais, o que permitiria constituir o grupo enquanto abordagem da vida cotidiana e das relações sociais pautado pelo desenvolvimento de cumplicidade e solidariedade à vida do outro; 3) na fase de desenvolvimento da capacidade terapêutica no grupo, os participantes experimentam lidar com a dor e o sofrimento de seus pares, e demonstram atitudes de receptividade e abertura ao outro; e 4) na fase de extensão das relações de ajuda para além dos encontros grupais, os participantes constroem laços fora do grupo e se tornam disponíveis para se ajudarem mutuamente em outros espaços sociais.

3.1.3. As lógicas do campo psi centradas na cura e na reabilitação: as psicanálises voltadas aos grupos e o psicodrama

As práticas grupais psicoterápicas e analíticas surgem no interior do longo processo de institucionalização das teorias e práticas *psi* no âmbito das psicanálises e do psicodrama. Nelas, é possível observar a proposição de objetivos exploratórios, compreensivos e interventivos acerca da subjetividade e da intersubjetividade produzidas nos contextos grupais e sua relação com o sofrimento psíquico e os quadros psicopatológicos (Bauleo, 1982).

A psicoterapia grupal têm como marco o contexto das necessidades políticas e econômicas que deram visibilidade às questões ligadas aos transtornos mentais, principalmente pelo aumento da demanda social por esse tipo de assistência e pela escassa existência de profissionais formados para responder à essas problemáticas. À esse contexto, agenciam-se os movimentos teóricos e práticos de construção de novos objetos de intervenção do campo psi para além da clínica psicológica tradicional, bem como a institucionalização de áreas de saber e formação que se tornaram hegemônicas e palcos de conflitos e disputas de interesses durante o século XX (Fernández, 2006).

Bauleo (1982) compreende que o enfoque psicanalítico diversificou as abordagens grupais conforme o modo como se empregou as técnicas interpretativa e analítica nestes contextos coletivos. Na literatura sobre grupos, as primeiras experiências de psicoterapia grupal são geralmente remetidas à Trignant Burrow, Louis Wender, Paul Schilder e Samuel Slavson, muitos deles psicanalistas freudianos. Tais práticas eram realizadas em consultórios privados, hospitais ou ambulatórios psiquiátricos, como forma de ampliar o tratamento a um número maior de pessoas, ainda que essas práticas tivessem um caráter de atividades marginais em relação às atividades clínicas individuais da psicanálise (Harrison, 2000).

O objetivo destas abordagens era desenvolver a análise dos participantes em termos de suas emoções, mecanismos psíquicos e condutas individuais. Enunciados em torno da ideia de neurose, entre outros conceitos da psicanálise da época, foram aplicados nestes grupos, tais como o trabalho com as emoções de culpa, ansiedade e dependência pela exposição e catarse no grupo, e a existência de diferenças no vínculo dos participantes entre si (fraternal) e de cada um com o terapeuta (figura paternal) (Bauleo, 1982; Kadis et al., 1967).

Nestas experiências, a técnica da interpretação era dirigida a cada um dos participantes, em uma espécie de *psicoterapia individual em grupo*. Em outras situações, almejava-se que a interpretação dirigida a um indivíduo deveria valer para os outros participantes. A ideia de pequeno grupo como objeto da abordagem psicoterapêutica implicou na construção de enunciados diversos acerca dessas propostas, que ganharam relativa sistematização principalmente em torno dos procedimentos de seleção, quantidade numérica ideal de pacientes, associação livre, entre outras (Bauleo, 1982).

Dentre os procedimentos, alguns tiveram certa relevância, principalmente pela centralidade conferida ao papel do coordenador, terapeuta ou analista, que: a) seleciona cada paciente mediante entrevistas diagnósticas individuais ou grupais e toma a decisão se ele é passível ou não de ser tratado em grupo, como é o caso da exclusão de pessoas com sintomas agudos; b) reúne os pacientes em grupos homogêneos ou heterogêneos, do ponto de vista de suas características sociais e diagnósticas, com intuito de unificar o grupo para melhor receber a interpretação do analista; c) determina o número de sessões, a duração, a frequência, o local, o número de pacientes e se o grupo permanecerá aberto ou fechado ao ingresso de novos pacientes; e d) propõe a dinâmica

geral do grupo, temas e atividades para estimular conversas, circulação de falas ou para a facilitação da interação com a atividade proposta (Fernández, 2006; Bauleo, 1982).

Por volta do final da Segunda Guerra, surgem outros enfoques da psicanálise aos grupos. Na Inglaterra, os psiquiatras Wilfred Ruprecht Bion e Siegmund Heirich Foulkes desenvolveram práticas e teorias grupais a partir do trabalho em hospitais militares, voltando-se para a reabilitação de soldados e veteranos de guerra que apresentavam graves quadros de sofrimento psíquico, então denominado “neuroses de guerra”. A encomenda do governo inglês e das instituições militares a estes psiquiatras era a de reabilitar esses indivíduos para a continuidade de suas atividades militares, durante a guerra, ou readaptá-los à vida civil comunitária, no pós-guerra.

Bion era oficial militar e, junto a John Rickman, também psiquiatra, interviu em uma das alas de reabilitação do Hospital Northfield, experiência essa que viria a ser conhecida como predecessora das *Comunidades Terapêuticas*, como veremos mais à frente. Durante essa experiência, ele propôs que os pacientes se agrupassem em torno de um objetivo em comum e se auto-organizassem para a realização desse objetivo, conforme suas escolhas - desde atividades de lazer até de organização da ala hospitalar, cuja finalidade era a de desenvolver responsabilidades individuais para a vida social e o manejo de situações grupais e comunitárias. O coordenador, enquanto terapeuta, assumia a atitude psicanalítica de isenção no que se refere à dirigir o coletivo ou aplicar sanções (Leitão, 1986; Bion, 1975).

Por meio dessa experiência, formulou um conjunto de pressupostos teóricos sobre a grupalidade centrado nos processos inconscientes não individuais mobilizados pelos grupos, com base nos trabalhos de Melaine Klein, sua analista, e nas obras sociais de Freud, como a mentalidade de grupo, a cultura do grupo e os supostos básicos (Leitão, 1986).

Em sua leitura sobre a grupalidade, identificava a existência de defesas primitivas contra a ansiedade que impediam os participantes de perseverarem em tarefas egoicamente orientadas, que se expressavam na desesperança dos participantes em se dedicarem ao processo de desenvolvimento e de aprendizagem, permeado por frustrações, desilusões e necessidade de espera (Leitão, 1986).

Segundo Júnior (1993), essa abordagem considera a influência que o estar em grupo exerce sobre o psiquismo dos membros. Bion considerava existir uma vida psíquica do grupo, permeada por tensões provenientes das relações interpessoais, cuja

base era a compreensão que cada membro tinha acerca das condutas do grupo em relação a eles próprios (Leitão, 1986; Bion, 1975).

Dentre seus principais conceitos, os supostos básicos foram enunciados como estados afetivos arcaicos e inconscientes que emergem na ocasião em que os indivíduos se reúnem em grupo, e que surgem de modo instantâneo e involuntário. Estão intrinsicamente relacionados com a emergência de certos tipos de liderança, sendo descritos como três supostos: 1) de *dependência*, caracterizado como o estado no qual o grupo depende, de forma absoluta, de alguém que satisfaça as necessidades e desejos; 2) de *ataque e fuga*, que se constitui respectivamente como defesas coletivas contra um inimigo que se deve destruir ou evitar; e 3) de *acasalamento ou messianismo*, quando se atribui à um fato futuro ou à um ser ainda não existente, a possibilidade de resolução de problemas vistos como insolúveis no momento presente (Rodrigues, 1999; Bion, 1975).

Para Bauleo (1982), os conceitos formulados por Bion integraram a formação de muitos psicossociólogos e terapeutas grupais, e produziu mudanças no objeto da interpretação e análise da psicanálise aplicada aos grupos: não se tratava mais de abordar o psiquismo individual no grupo, mas sim o próprio grupo enquanto entidade psicológica, uma subjetividade considerada em sua totalidade e no entrecruzamento de fenômenos transferenciais, conformando uma ***prática psicoterápica ou analítica do grupo***, ou a análise do que se passa nos grupos.

Por meio do método interpretativo, buscava-se desenvolver determinado funcionamento grupal – grupo de trabalho, baseado na boa qualidade comunicativa, na riqueza simbólica e na capacidade de cooperação, tidos como fatores que levam ao amadurecimento psicológico dos participantes, pelo contato com a realidade, a tolerância à frustração, o controle das emoções e a realização de atividades por meio de métodos racionais (Leitão, 1986). Os supostos básicos perpassam a constituição desses grupos, mas, ao mesmo tempo em que são necessários para a ação cooperativa, podem paralisá-la ou dificultá-la (Rodrigues, 1999).

Após sua passagem por Northfield, Bion integrou-se à Clínica Tavistock, em Londres, e realizou grupos terapêuticos cujo objetivo era estudar os fenômenos que produziam tensões nas relações entre os participantes. Nestes grupos, Bion não coordenava ou dirigia a reunião. Ele buscava interpretar as reações, falas e atitudes dos participantes como expressões do funcionamento grupal (Barros, 2013).

Fernández (2006) aponta que esses conceitos devem ser remetidos ao seu contexto de proveniência, antes de serem generalizáveis enquanto essência dos grupos: os supostos básicos são característicos das formações simbólicas e práticas de coletivos particularizados, como é o âmbito militar, são figurações próprias da vida militar. Bion, de fato, após sua breve experiência na ala do Hospital de Northfield antes de ser destituído pela direção, não teve muitas oportunidades de repensá-los a partir do funcionamento de coletivos civis ou não militares, visto ter sofrido censura de Klein e da associação psicanalítica inglesa, que não viam com bons olhos a aplicação da psicanálise aos contextos grupais.

Foulkes também atuou em hospitais militares, e desenvolveu um programa de psicoterapia de grupo com base psicanalítica, com ênfase na comunicação verbal e não verbal. Para Foulkes (1967), o grupo é visto como experiência vital de relação com outras pessoas, que permite aos participantes conhecerem seus processos inconscientes, afetivos e interpessoais e construir novas experiências relacionais, consideradas mais significativas.

Nesta proposta, o grupo terapêutico, ao se constituir como tal, constitui também uma matriz grupal particular que agrega os conteúdos inconscientes provenientes das representações internas e dos vínculos intrassubjetivos dos participantes, e que produz processos mentais típicos do grupo no aqui-e-agora das reuniões. Baseado nos conceitos de dinâmica de grupos construídos por Kurt Lewin, a matriz grupal é considerada a base da dinâmica comunicacional, que propiciaria a geração de novas experiências pessoais nas vivências relacionais dos participantes no grupo (Zimerman, 2000).

As ideias psicanalíticas de conteúdo manifesto, o que poderia e o que não poderia ser dito enquanto efeito de uma repressão grupal, e de transferência horizontal, atual e multipessoal nas situações grupais, são enunciadas por Foulkes para situar o lugar do coordenador como observador participante, que se vale do processo de discussão flutuante livre e não do procedimento da associação livre, como é o caso das psicoterapias individuais, sejam elas bipessoais ou grupais, para instaurar o processo psicoterapêutico do grupo (Rodrigues, 1999).

Nesta abordagem, o coordenador ou terapeuta conduz o processo de análise grupal e evita responder ao desejo do grupo em ser dirigido ou ensinado, e busca estimular os participantes a interagirem entre si e a interpretarem toda comunicação

estabelecida entre eles, favorecendo assim processos de análise do grupo pelo próprio grupo (Foulkes, Anthony, 1967).

Para Fernández (2006), o grupo é tomado nestas abordagens como totalidade e assume atributos geralmente associados à categoria indivíduo: o grupo tem pensamentos, sentimentos e angústias, e nele está subjacente a estrutura inconsciente que conduz as motivações e ações individuais. A psicoterapia do grupo é caracterizada por reuniões com número reduzido de participantes, sentados em círculo, com a presença do analista e pela ausência de um programa a ser desenvolvido. O foco é a interação grupal e os participantes devem propor sobre o que querem falar. O terapeuta ou analista é isto como o objeto das relações transferenciais e cabe a ele interpretar os conteúdos e processos, as atitudes e interações, vistos como atributos não dos indivíduos, mas da influência da estrutura grupal.

As abordagens destes psiquiatras ingleses influenciaram práticas psicoterápicas de grupo construídas em solo argentino por volta da década de 1960. Grinberg, Langer e Rodrigué influenciaram a formação de coordenadores no âmbito da psicoterapia de grupo, tanto na Argentina quanto no Brasil, contribuindo para sistematizar uma teoria própria sobre grupos terapêuticos e suas implicações subjetivas e culturais, assim como para difundir a linguagem que compreende o grupo como totalidade psicológica. Em paralelo, desenvolvem-se práticas grupais sanitaristas, preventivistas e institucionais influenciadas pelos trabalhos de Enrique Pichon-Rivière e José Bleger (Rodrigues, 1999; Fernández, 2006).

A *abordagem psicodramática*, por sua vez, considera o indivíduo como inseparável do seu contexto social, e propõe que a terapêutica seja compreendida como forma de expressão de elementos emocionais e atitudinais constituintes da situação patológica vivenciada pelos indivíduos que compõem o grupo. O objetivo é facilitar mudanças individuais e coletivas por meio da exploração e da resolução de conflitos (Rojas-Bermúdez, 1977; Fleury et al, 2015).

O psicodrama foi criado por Jacob Levy Moreno nos Estados Unidos, em meados dos anos de 1930, com base nas práticas teatrais de improviso que realizou com crianças e prostitutas em seus trabalhos sociais e comunitários na cidade de Viena na década de 1920, e na intervenção que realizou em um reformatório de jovens considerados delinquentes, por encomenda do governo norte-americano. A utopia de

transformação social por meio do teatro da espontaneidade animou a produção teórica e prática de Moreno (Rodrigues, 1999).

Na psicoterapia de grupo psicodramática, a reunião entre pessoas é a base para a cura e não a transferência como pressupõe a psicanálise, e o terapeuta deve explorar, por meio de métodos diretivos, o grupo como o agente terapêutico (Harrison, 2000). O psicodrama de grupo possui forte estrutura fraternal em um contexto de psicoterapia grupal, que envolve a dramatização de conflitos psicológicos e existenciais, bem como o estímulo à catarse dos participantes, por meio dos quais existe a liberdade de atuação dos participantes e a minimização da identificação com o terapeuta (Vasconcelos, 2009).

O aspecto central da intervenção é a proposta da dramatização, entendida como processo de interação voltada para o método da ação, por meio do qual busca-se resgatar ou desenvolver aspectos pessoais e coletivos ligados a criatividade e a espontaneidade mediante a representação de conflitos psicológicos (Rojas-Bermúdez, 1977).

A técnica psicodramática consiste no processamento de contextos, papéis e etapas. O contexto parte da identificação da situação social implicada na experiência de sofrimento do indivíduo e é utilizado como conteúdo para a dramatização. Os papéis de protagonista e de público/auditório são distribuídos pelo coordenador, ou “diretor de cena”, que trabalha o enquadre, a estrutura e as regras do processo grupal, apoiado por outros integrantes da equipe terapêutica, que atuam como egos auxiliares (Rojas-Bermúdez, 1977; Fleury et al, 2015).

A sessão de psicodrama é desenvolvida em três etapas. O aquecimento, etapa na qual o coordenador utiliza técnicas que visam criar a disposição dos participantes para a realização da cena; a dramatização, momento no qual se encena e o coordenador a dirige para um viés mais afetivo e emocional e menos teatral; e a partilha, etapa na qual o grupo faz comentários e análises sobre a cena, visando conhecer os diferentes aspectos individuais, grupais e da interação (Rojas-Bermúdez, 1977; Fleury et al, 2015).

As práticas psicoterapêuticas grupais foram incorporadas no cuidado aos usuários de drogas. No Brasil, entre as experiências de organização de serviços que incluíram práticas grupais como modalidades assistenciais, encontra-se o ambulatório universitário do Programa de Orientação e Assistência à Dependentes (PROAD) da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Segundo Silveira Filho e Gorgulho (1996), a lógica da atenção é baseada em premissas psicodinâmicas e sistêmicas, tais como: a) o ser humano em sua singularidade e sofrimento, no que diz respeito às dificuldades encontradas no convívio social e na busca de solução dos problemas vivenciados pelos usuários; b) a consideração de que os problemas relacionados ao uso expressam a interação do indivíduo com seu meio, ao envolver variáveis individuais, ambientais e da substância consumida; e c) o cuidado não deve se limitar à eliminação de sintomas ou ao abandono de padrões de comportamentos considerados socialmente desviantes.

Neste modelo de atenção, são propostos *grupos de acolhimento e grupos psicoterapêuticos*. Estes grupos têm como referenciais as teorias psicodinâmicas acerca do funcionamento psíquico e do funcionamento das grupalidades. O grupo de acolhimento surge como oportunidade de recepção e de primeiro encontro entre os usuários e a equipe do serviço, e tem como elementos constitutivos da prática o contato afetivo, a suspensão dos julgamentos morais e a constituição da cultura grupal de acolhimento do sofrimento, das questões e necessidades trazidas pelos usuários (Lescher, 1996).

Os grupos psicoterapêuticos têm como finalidade proporcionar aos pacientes “uma diferenciação de contatos interpessoais (...), de interlocutores com os quais podem compartilhar suas expectativas, ansiedades e conquistas” (Simões et al, 1996, p.80). Entende-se que o grupo atua como novo modelo identificatório, que proporciona vínculos e novas formas de relação entre os pacientes, por meio do qual os padrões de comportamento e funcionamento psíquico podem ser conscientizados e transformados. Realizados semanalmente, no início da intervenção constrói-se o contrato grupal, que abarca o tempo de duração e as regras de funcionamento.

As propostas grupais psicoterapêuticas são divididas entre abordagens breves e de longa duração. O grupo de psicoterapia breve apresenta número reduzido de sessões e temas focais previamente estabelecidos, tais como: o início do uso, a abstinência, a fissura, as perspectivas futuras e as possibilidades de continuidade do tratamento. O objetivo desta intervenção breve é a sensibilização para que os pacientes obtenham maior percepção dos conflitos e busquem integrar os comportamentos de abuso e dependência às experiências emocionais, com o intuito de avaliarem sob essa ótica seus comportamentos e experiências (Simões et al, 1996).

Nestes grupos, são utilizados materiais audiovisuais e gráficos e a associação livre, vistos como formas de disparar as questões iniciais do encontro que serão discutidas e elaboradas a partir dos temas propostos. O terapeuta busca ter postura ativa, trazer questionamentos e facilitar a interação e o diálogo entre os participantes, com foco nas questões manifestas (conscientes) que são trazidas pelos pacientes (Simões et al, 1996).

O grupo de psicoterapia de longa duração, por sua vez, não propõe temas prévios a serem trabalhados, e a duração da intervenção é maior, cerca de seis meses. São grupos verbais, cujo instrumento é a associação livre, por meio da qual os terapeutas assumem postura não diretiva, e focam sua atenção na psicodinâmica do grupo e nos mecanismos de defesa mobilizados em cada momento dos encontros (Simões et al, 1996).

Além destes aspectos, nestes grupos há maior abertura para os questionamentos dos pacientes acerca da instituição, sua estrutura e posturas dos profissionais, de modo a acolher estes questionamentos e trabalhá-los, no sentido de construir uma experiência social mais participativa e menos ameaçadora, diferente daquelas vivenciadas pelos usuários em seus ambientes sociais permeados pelo estigma e discriminação. A função deste grupo é desenvolver projetos de vida amplos não reduzidos à função do uso de substâncias, de forma a criar opções e possibilidades de vida para além do abuso e da dependência (Simões et al, 1996).

3.1.4. As lógicas grupais centradas na transformação institucional, social e da subjetividade: as reformas psiquiátricas e o grupalismo crítico brasileiro

A partir do final da segunda guerra mundial muitos países propuseram transformações na organização da assistência psiquiátrica baseada no asilamento, mobilizados por mudanças sociais, econômicas, farmacológicas, administrativas e legais nos diferentes contextos nacionais e regionais.

Segundo Thornicroft e Tansella (2010), a partir da década de 1950 intensas críticas sociológicas foram dirigidas à internação prolongada nas instituições psiquiátricas, tornando visível os efeitos nocivos destas práticas sobre as pessoas com transtornos mentais e sua cidadania, como a violência e a segregação presentes nestas instituições. A questão ética e política foi colocada na pauta do planejamento e

organização dos serviços de saúde mental, bem como a revisão das bases teóricas e práticas da psiquiatria.

Perante essas novas necessidades sociais e éticas, o trabalho com grupos coloca em questão a organização das práticas assistenciais, possibilitando tentativas de rompimento com a institucionalização, a partir de novos objetivos como a humanização e a ampliação da participação social e dos sistemas de liberdades pessoais. As proposições grupais, surgidas no bojo das reformas psiquiátricas, representam a construção de objetos de intervenção social da psiquiatria, que até então focava-se na dimensão individual do sofrimento ou adoecimento psíquico, seja ela psicológica, comportamental ou biológica.

Para Bauleo (1988), estas proposições iniciam-se com as experiências de alternativas sociais à psiquiatria promovidas pela Psicoterapia Institucional francesa, pela Comunidade Terapêutica inglesa e pelos Grupos Operativos argentinos, e ganham continuidade com a Psiquiatria Democrática italiana pela ruptura com o manicômio e a desconstrução das estratégias de institucionalização.

A Psicoterapia Institucional

A Psicoterapia Institucional iniciou-se na França, na década de 1940, com a intervenção de François Tosquelles no asilo rural de Saint-Alban. Teve continuidade com as experiências de Jean Oury e Félix Guattari na Clínica La Borde, e com a política sanitária da Psiquiatria de Setor, nos anos de 1960.

O período de guerra e da invasão nazista resultou no abandono social das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos e na perseguição política de intelectuais, artistas e políticos. Saint Alban hospedava pacientes, trabalhadores e perseguidos políticos, e era também rota de comércio local. Essa configuração criou condições de possibilidades para diversas trocas sociais e para a mudança na proposta de tratamento institucional (Moura, 2002).

Guimón (2003) identifica três pilares da Psicoterapia Institucional: a psicanálise de grupos, a abordagem psicanalítica da psicose e a associação teórica entre transtornos mentais e alienação social. A noção de terapia ativa de Hermann Simon, que propunha o combate às tendências institucionais que condicionam os pacientes à inação, à ausência de trocas sociais e à tutela, influenciou este movimento, bem como a noção marxista de

alienação e as noções lacanianas de inconsciente e clínica (Altoé, 2004; Moura, 2002). O foco era a humanização do hospital psiquiátrico em seu contexto, funcionamento e dinâmica e não a sua extinção enquanto locus de tratamento dos transtornos mentais, por meio de novas estratégias de tratamento e de combate à tendência de cronificação (Altoé, 2004).

A Psicoterapia Institucional propõe teorizações e conceitos alternativos para a prática institucional, que passou a ser compreendida como “um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais” (Desviat, 2015, p.29), possibilitados pelas trocas sociais e subjetiva (Moura, 2002).

Para Moura (2002), o termo instituição não remete a estabelecimento ou serviço, e sim ao sistema de significações forjado coletivamente para mediar as relações entre indivíduo e sociedade, e que possui caráter funcional de assegurar trocas sociais de qualquer natureza (Moura, 2002).

A Psicoterapia Institucional procura organizar o hospital psiquiátrico como campo de relações significativas, assim como “utilizar, em um sentido terapêutico, os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece” (Desviat, 2015, p.30). Com a proposta de ambiente ou meio terapêutico, os fatores relacionais e comunicacionais cotidianos são enfatizados, ao considerá-los como modos de estimular a melhora ou o agravamento de sintomas e da problemática psíquica dos pacientes. Ocorre então a inflexão das práticas psicoterápicas grupais tradicionais e configura-se a proposta terapêutica institucional para os processos de ambiência implicados nas práticas profissionais (Moura, 2002).

Os resultados terapêuticos passam a ser remetidos ao conjunto das intervenções relacionais e comunicacionais, e não ao ato terapêutico isolado, seja ele médico ou psicanalítico. A abordagem da Psicoterapia Institucional busca **construir redes de relações e processos de desalienação e de mediação**, cujas principais estratégias são: a) a abertura do hospital à comunidade, para a ampliação das trocas sociais; b) o estímulo à participação e à responsabilização dos pacientes, através de rodízio de tarefas, postos de trabalho, reuniões e assembleias para organização da rotina institucional; c) a constituição de clubes terapêuticos e cooperativas para a realização de atividades de passeio e festas, bem como de geração de trabalho e venda dos produtos por eles produzidos; d) as terapêuticas grupais, ateliês e oficinas de trabalho e arte voltados para reorganização interna da dinâmica psíquica; e e) as práticas relacionais de escuta e

acolhimento por parte da equipe responsável pelo suporte e referência aos pacientes (Amarante, 2007; Moura, 2002; Gallio, Constantino, 1994).

Segundo Vasconcelos (2009), a Psicoterapia Institucional diferencia-se da Comunidade Terapêutica pela forte sistematização teórica psicanalítica para a compreensão dos aspectos inconscientes presentes nos processos institucionais. Moura (2002) compreende que a terapêutica institucional deve caminhar junto à análise institucional dos fazeres e das práticas, e aponta o conceito de transversalidade de Guattari como método analítico fundamental para esse fim, assim como a análise dos sistemas de defesa inconscientes dos grupos e instituições que constituem os equipamentos de saúde.

A Comunidade Terapêutica

Nos anos de 1940, a Inglaterra reformulou seu sistema de saúde para enfrentar as consequências sociais e econômicas do pós-guerra. A dívida social com os combatentes que desenvolveram transtornos mentais ganhou relevância, e a assistência psiquiátrica passou a gerar experiências alternativas de reabilitação baseada na ideia de comunidade terapêutica, adotando estratégias mais econômicas de diversificação de profissões, serviços e ações (Birman, Costa, 1994; Jones, 1972).

Bion, Foulkes, John Rickman e Maxwell Jones propuseram novas formas de organização dos hospitais militares por meio de estratégias comunitárias de socialização e participação. As práticas grupais foram por eles utilizadas nestes contextos, com objetivo de estimular a inclusão social dos pacientes ao trabalho e à vida comunitária (Birman, Costa, 1994; Guimón, 2003). Em 1953, a OMS recomendou que os hospitais psiquiátricos se transformassem em comunidades terapêuticas, assumindo para si novos princípios de atenção psiquiátrica: a conservação da individualidade do paciente; a convicção de que os pacientes são dignos de confiança e possuidores de capacidades de iniciativa e auto-responsabilização; e o estímulo ao comprometimento regular dos pacientes em determinadas ocupações (Schittar, 1994).

Bion e Rickman reorganizaram a ala de reabilitação do Hospital Militar de Northfield, que tinha cerca de 400 pacientes internados, a partir de estratégias grupais. Para eles, a tarefa da reabilitação não se limitava à readaptação ao trabalho ou ao fronte, e sim à vida em comunidade, por meio da compreensão dos conflitos neuróticos como

problemáticas da vida em grupo (Bion, 1975). Nesta experiência os pacientes eram estimulados a se organizarem em pequenos grupos, de acordo com os seus interesses, cujas regras e exigências de pertencimento eram flexíveis e abertas às vicissitudes dos sintomas vivenciados pelos pacientes (Tiussi, 2012).

Essa experiência foi considerada subversiva na época, devido à proposição de relações interpessoais democráticas e de acolhimento do sintoma neurótico no interior do exército, como alternativa aos recursos de contenção, medicação e isolamento vigentes nas terapêuticas psiquiátricas (Tiussi, 2012).

O objetivo destes grupos era promover a realização de atividades de trabalho, de discussão, de organização do ambiente institucional ou mesmo de *hobby* (Bion, 1975), e estimular o sentimento de pertencimento dos indivíduos a partir deles (Leitão, 1986). Bion supervisionava as atividades e interpretava as vivências e as tensões grupais, com o intuito de conduzir os pacientes à reflexão sobre suas dificuldades pessoais e interpessoais de permanecer em grupo (Tiussi, 2012).

A meta desta prática era o desenvolvimento do bom espírito de grupo (Leitão, 1986), que consiste na efetuação de um propósito comum e no aumento da flexibilidade, que permitia ao grupo conhecer seus limites e manter contato com o contexto institucional e comunitário. Os efeitos terapêuticos a serem alcançados eram a integração social, o apaziguamento dos sintomas e do sofrimento psíquico e o estabelecimento de novos laços sociais (Fernandes, 2003a; Tiussi, 2012).

Foulkes atuou no Hospital Northfield, após Bion e Rickman, e no Hospital Maudsley (Kadis et al, 1967), e propôs diferentes modalidades de trabalho com grupos visando a reorganização das práticas assistenciais: os grupos terapêuticos psiquiátricos e os grupos psicoterapêuticos (Foulkes, Anthony, 1967).

Os grupos terapêuticos psiquiátricos (*work groups*) eram voltados para a realização de atividades físicas, recreacionais ou educativas, como teatro, dança, música, filmes, debates, conversações, etc. (Foulkes, Anthony, 1967). Estes grupos eram diferenciados em duas modalidades: os grupos de atividades, cuja centralidade é o estímulo para o desenvolvimento individual da ocupação; e os grupos terapêuticos, por meio dos quais os pacientes eram estimulados a se organizarem coletivamente para a realização da ocupação. Neste último, o coordenador do grupo buscava fortalecer a participação, as relações interpessoais, o clima de tolerância e a resolução de conflitos, com o intuito de levar os pacientes ao conhecimento das dificuldades que emergem da

interação, bem como à responsabilização do grupo pela resolução das dificuldades (Foulkes, Anthony, 1967).

Os grupos psicoterapêuticos eram dirigidos à comunicação interpessoal e à investigação de seus aspectos verbais e não-verbais e dos conteúdos conscientes e inconscientes. O coordenador buscava facilitar a comunicação entre os membros. O objetivo era produzir maior intimidade entre os participantes, abertura de questões pessoais e compartilhamento de sentimentos e pensamentos (Fernandes, 2003b).

Maxwell Jones, por sua vez, organizou e sistematizou a proposta de comunidade terapêutica a partir da abordagem socioterápica⁹, ao considerar o conjunto de desafios relacionados à organização assistencial e à formação dos psiquiatras e enfermeiros para a atuação em saúde mental. Para Jones (1972), o adoecimento deveria ser compreendido não apenas como atributo individual, mas condicionado pelo contexto de vida e pelos comportamentos sociais. Propôs que fossem incluídos ao tratamento as relações sociais, o contexto familiar e comunitário em complementaridade às práticas psicoterapêuticas bipessoais vigentes (Jones, 1972).

Os recursos do hospital, as equipes, os pacientes e seus familiares tornam-se elementos ativos desta forma de organização do serviço de saúde mental, por meio do estabelecimento de relações de solidariedade e cooperação, com diferentes graus de envolvimento no tratamento e na administração hospitalar. Os próprios papéis de cuidador e de cuidado são objetos de frequente exame e reflexão (Jones, 1972).

A proposta de terapêutica comunitária considerava a ajuda mútua como a habilidade relacional fundamental ao tratamento, assim como a flexibilização das relações de autoridade entre direção do hospital, equipe e pacientes. As experiências e situações cotidianas envolvendo os pacientes e a equipe eram analisadas coletivamente em reuniões comunitárias. As atitudes de cada um eram colocadas em debate, com objetivo de superar as dificuldades pessoais e aprender a se relacionar positivamente. Desta forma, todos os aspectos interacionais e comunicativos do cotidiano institucional eram vistos como possibilidades de reaprendizagem social e de cura (Jones, 1972).

Os eixos teórico e prático desta abordagem são ***a aprendizagem social e as reuniões comunitárias***. O método da aprendizagem social pressupõe processos de

⁹ Schittar (1985) aponta como antecedentes da socioterapia a aplicação de métodos morais no tratamento dos doentes mentais proposta pelos movimentos reformistas religiosos na primeira metade do século XIX, assim como as razões políticas de tomada de responsabilidades sociais dos ingleses para com as pessoas com transtornos mentais, visando a mudança de atitudes da sociedade e a proposição de tratamentos extra-hospitalares.

horizontalização e de participação nas decisões comunitárias, de permissividade e liberdade de comunicação e de expressão de sentimentos e pensamentos, assim como o estímulo à participação ativa. O paciente deveria ser visto não como aquele que recebe tratamento e aconselhamento, por meio das terapias bipessoais ou de grupo, mas como um participante ativo de sua própria cura e a dos outros (Jones, 1972).

As reuniões comunitárias eram espaços coletivos de compartilhamento e elaboração das situações cotidianas da instituição, realizadas diariamente entre pacientes e equipe. Por meio delas, eram propostas mudanças na estrutura relacional, o processamento dos incidentes críticos, o questionamento ativo das condutas e crenças de todos, além da tomada de decisão. A elaboração minuciosa dos conflitos e ansiedades emergentes nas reuniões comunitárias eram abordadas em reuniões de pequeno grupo, após a reunião comunitária (Jones, 1972).

Segundo Jones (1972), diferentemente da psicoterapia grupal, nestas reuniões os pacientes não interagem sob a orientação e supervisão do médico ou do terapeuta, e as tensões são abordadas pelo método catártico, como alívio imediato, e pela aprendizagem social, como processo de confronto entre pontos de vista, perspectivas e determinações individuais e sociais.

Os grupos operativos

Os grupos operativos foram criados por Enrique Pichon-Rivière na década de 1940, a partir de sua proposta de transformação da organização da assistência no Asilo del Torres e, posteriormente, no Hospício feminino de Las Mercedes, em Buenos Aires. Nesta experiência, os grupos eram coordenados, inclusive, por profissionais não-técnicos e pelos próprios pacientes, e suas ideias foram vinculadas à crítica ao modelo asilar-manicomial realizada pelos setores argentinos de esquerda, durante a década de 1960 (Rodrigues, 1999).

Suas proposições e teorias grupais influenciaram diversos pensadores latino-americanos da saúde mental, como José Bleger e Armando Bauleo, que propuseram modalidades institucionais e comunitárias de trabalho com grupos visando a transformação do modelo hospitalar psiquiátrico. Com a perseguição política promovida pela ditadura militar argentina, muitos profissionais foram exilados no Brasil, onde

desenvolveram suas práticas e difundiram a técnica dos grupos operativos durante a década de 1970.

Baseada em conceitos psicanalíticos e no materialismo histórico, sua teoria propõe intervir na relação existente entre os mecanismos de defesa, mobilizados em momentos de ansiedade e resistência perante a mudança, e os obstáculos para a aprendizagem. Para Pichon-Rivière (1993), a repetição de um único mecanismo de defesa estabelece estereotípias e inflexibilidade do ego, o que provoca distorções e transtornos no aprendizado e na comunicação diante das novas situações e experiências. Tais processos encontram-se enraizados na realidade psíquica dos indivíduos, o que engloba seus vínculos, costumes e hábitos – suas experiências grupais e relacionais anteriores.

O processo terapêutico tem como objetivo mobilizar *formas ativas de adaptação à realidade*. Baseado no modelo relacional de dinâmica de funcionamento do grupo familiar, o paciente é compreendido como porta-voz e depositário da ansiedade do grupo ao qual pertence, como as situações de perda e insegurança, cujo foco é transformá-lo em líder de mudança que atua ativamente nas dinâmicas da estrutura relacional de seu grupo de pertencimento (Pichon-Rivière, 1993).

Pichon-Rivière (2005) propôs alguns conceitos para a técnica do grupo operativo, como os de pré-tarefa e tarefa, enquanto momentos da sucessão evolutiva do grupo, e projeto e papéis, como aspectos da funcionalidade e da dinâmica vincular do grupo. A tarefa é o eixo genérico sobre o qual qualquer grupo se organiza. Segundo Jasiner (2008), Pichon-Rivière compreende que todos os grupos estão centrados em tarefas que envolvem situações da vida social, tais como aprender, produzir algo ou mesmo descontrair-se em grupo. Todavia, na técnica dos grupos operativos a tarefa é o aprendizado, os problemas relativos ao desenvolvimento da tarefa e os problemas pessoais associados à tarefa (Castanho, 2005).

A pré-tarefa remete ao momento de resistência à mudança no qual os participantes encontram-se mobilizados por ansiedades de perda e de ataque, manifestadas por meio de conflitos, rigidez de papéis, apatia, desconfiança, ausência do potencial criativo e problemas de liderança, assim como pela instauração de um clima grupal de alienação, de baixa construção de significados e de entrega à ações descontextualizadas (Pichon-Rivière, 2005).

A passagem da pré-tarefa para a tarefa é o momento de elaboração dos medos básicos e de ruptura com a dissociação entre o fazer, o sentir e o pensar (Castanho, 2005). Na tarefa, a conduta dos membros expressa-se em termos de percepção global dos elementos em jogo no contexto, bem como na possibilidade de transformação de suas realidades, a partir da elaboração de estratégias e táticas por meio das quais torna-se possível intervir nas situações vivenciadas no cotidiano (Pichon-Rivière, 2005).

A elaboração de estratégias e táticas constitui o momento de projeto, que exige a percepção da finitude para que algo possa ser realizado em grupo (Jasiner, 2008), o enfrentamento do não-saber, e a elaboração de movimentos de longo prazo (estratégias) ou de curto prazo (táticas) com os recursos dos quais o grupo dispõe para a realização de algo novo (Broide, 2006).

Os papéis são estabelecidos na relação entre os membros do grupo e envolve o jogo de representações vinculares mútuas. No grupo operativo, destacam-se quatro papéis principais: o de porta-voz, como aquele que expressa as fantasias e ansiedades através de palavras, silêncios ou gestos; o de bode expiatório, como aquele que é responsabilizado pelos fracassos, aspectos negativos e dificuldades do grupo; o de sabotador, como aquele que expressa as forças que se opõem à tarefa pela paralisação ou segregação; e o de líder, como aquele sobre o qual é depositado aspectos positivos do grupo (Jorge, 2014).

Segundo Bauleo (1982), o objetivo final do grupo operativo é aprender a pensar, a partir da religação entre afeto, pensamento e produção, visto como dimensões que foram separadas no contexto subjetivo do capitalismo, na medida em que este contexto relegou o afeto às relações familiares e o pensamento à racionalidade das relações de produção. A técnica de grupo centrado na tarefa permitiria a abertura ao pensamento afetivo, por meio do qual os participantes poderiam experimentar e sustentar mudanças em seus papéis sociovitais, variar suas expectativas e adotar novas condutas que não aquelas aprendidas no grupo familiar.

A função do coordenador nos grupos operativos é o de assinalar condutas, emoções e sentimentos que são colocados em jogo na tarefa. Em um primeiro momento, volta-se para o desenvolvimento da grupalidade e da relação com a tarefa e, em um segundo momento, interpreta-se o surgimento das lideranças e dos papéis, o vínculo dos participantes entre si e com a tarefa, e os emergentes da dinâmica grupal, com o intuito

de reconectar o que é vivido no grupo com os modos como os participantes sentem, pensam e agem (Bauleo, 1982).

A Psiquiatria Democrática

A Psiquiatria Democrática italiana é considerada um empreendimento ético-político de ruptura com a prática e a teoria das reformas operadas anteriormente na França, Inglaterra e Estados Unidos. Teve início na intervenção ao hospital psiquiátrico de Gorizia, a partir da adoção do modelo de Comunidade Terapêutica, e continuidade com a desinstitucionalização e construção da rede territorial em Trieste e com a promulgação da Lei de extinção dos manicômios, a Lei nº 180 (Dias Barros, 1994).

Franco Basaglia e Franco Rotelli foram os expoentes e articuladores deste processo, que se desenvolveu no contexto de luta pela emancipação da sociedade italiana. Em Gorizia realizou-se o progressivo processo de abertura dos pavilhões e das alas e de afirmação das liberdades de escolha e recusa pelos pacientes das práticas a eles dirigidas pela equipe do hospital. Nesta experiência, as práticas grupais foram utilizadas com o intuito de mobilizar processos de participação e inclusão na vida e nas decisões do hospital, por meio das reuniões comunitárias (Dias Barros, 1994; Campos, 2000).

Segundo Junqueira e Carniel (2012), as assembleias e reuniões foram adotadas como estratégias para romper os esquemas pré-estabelecidos e a programação tradicional ao qual os pacientes estavam submetidos no cotidiano hospitalar, e tinham o mesmo funcionamento e função, se diferenciando apenas pelos locais de sua realização. Foram vistas como formas de transformar as relações estabelecidas entre pacientes e equipes, marcadas pelo verticalismo, pela submissão e intimidação que resultava na diminuição da participação dos internos, que eram vistos pela ótica da doença e não de sua cidadania.

As assembleias gerais eram abertas e diárias, reunindo pacientes, equipe e comunidade. Não tinham pauta definida e dependiam fundamentalmente da participação do grupo. Nelas, todos se misturavam, visando minimizar as diferenças entre os participantes. Eram presididas pelos pacientes, que se revezavam para dar andamento à assembleia. No início dessa estratégia, dominava o silêncio e o medo da participação, devido as características das relações manicomiais. Discutia-se assuntos como os problemas do cotidiano hospitalar, abertura de alas, os roteiros dos passeios, questões

pessoais dos pacientes, discussões sobre a vida longe do hospital, preconceitos da sociedade, dificuldades enfrentadas pelos pacientes, e todos procuravam contribuir para a mudança da realidade vivenciada no hospital (Junqueira, Carniel, 2012).

As reuniões de setor eram realizadas em grupos menores, que tratavam os assuntos acima, mas também os problemas específicos de cada pavilhão. Os acontecimentos relacionados às crises durante as reuniões, tensões, conflitos e monopolização das falas eram tomados no plano das relações de convivência e de sensibilidade, de forma a transformar as condutas estereotipadas da instituição, buscando não repreender os pacientes e fortalecer papéis de participação e cidadania:

O processo de transformação da lógica do Hospital Psiquiátrico de Gorizia foi fruto de muitos atores e ideias; por meio das assembleias, procurou-se propiciar os espaços da palavra com a possibilidade de fazer escolhas e responsabilizar-se por elas (Junqueira, Carniel, 2012, p.18).

Posteriormente, o modelo de comunidade terapêutica foi posto em crítica pela equipe de Gorizia, a partir da tomada de consciência dos limites desta abordagem, dentre eles a impossibilidade de gerar reais trocas produtivas e vitais (liberdade) com a realidade social e econômica externa ao hospital. Outro ponto considerado foi a inclinação do hospital psiquiátrico, tradicional ou reformado, em sequestrar as liberdades e direitos individuais e condicionar os pacientes à tutela e à segregação social (Basaglia et al., 1994; Schittar, 1985).

A determinação social e econômica das práticas e da organização da atenção psiquiátrica ganhou relevância na crítica operada pela Psiquiatria Democrática em relação à doença mental, como objeto exclusivo da intervenção médico-clínica, e à concepção de periculosidade social, como mediadoras da segregação, opressão e controle das pessoas com transtornos mentais (Dias Barros, 1994).

Segundo Saraceno (2001), Basaglia compreendia que os pacientes internados no hospital psiquiátrico eram condenados “a uma progressiva perda da contratualidade, não só afetiva mas social, econômica e civil” (Saraceno, 2001, p.68). A ruptura com o hospital passou a significar “não somente humanização do lugar desumano” (Saraceno, 2001, p. 66), mas a ruptura com a sua função tutelar e de empobrecimento humano e material.

Com a experiência da desinstitucionalização em Trieste, a questão da inclusão social, como meta da atenção psiquiátrica, ganhou contornos mais definidos pela proposição da nova forma de organização dos serviços, com destaque para os serviços

comunitários de saúde mental diurnos e noturnos, assim como os grupos-apartamento e as empresas e cooperativas sociais (Dias Barros, 1994).

Essa forma de organização visava a construção de respostas efetivas às necessidades dos pacientes, abordadas então pelo viés da reconstrução dos nexos sociais, da contratualidade e do acesso às mercadorias e às trocas sociais (Dias Barros, 1994; Saraceno, 2001).

Nessa perspectiva, foram propostos *novos espaços e estratégias de grupalidade e coletivização, visando maior participação e integração comunitária* das pessoas com transtornos mentais por meio do desenvolvimento de grupos e atividades comunitárias (Dias Barros, 1994). Tais proposições consideravam os aspectos terapêuticos, sociais e políticos implicados nas demandas dos pacientes, na formulação de objetivos mais amplos às metas de inclusão social, buscando intervir no cotidiano, no trabalho e na sociabilidade, por meio do estímulo à participação social, às relações de fraternidade e de cumplicidade (Bauleo, 1988; Saraceno, 2001).

O Grupalismo crítico brasileiro

As práticas de grupo passaram a fazer parte da análise crítica de grupelistas brasileiros, que trouxeram para o campo da Saúde Mental um conjunto de reflexões e proposições cujo objetivo era produzir a crítica dos fazeres, tanto no âmbito teórico quanto prático. O conceito de subjetividade formulado pelas abordagens da esquizoanálise e da análise institucional, que tem como referência os trabalhos de Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, entre outros, opera como base conceitual para desenvolvimento desta reflexão sobre a proposição e os efeitos do trabalho com grupos no contexto da Política de Saúde Mental.

Outro aspecto importante é a interação destas proposições com as experiências, produzidas a partir dos anos 1970, no âmbito do movimento Plataforma, criado por psicanalistas argentinos que romperam politicamente com a Associação Psicanalítica Argentina, e que congregou uma multiplicidade de referenciais teóricos e políticos advindos de diferentes orientações epistemológicas (Rodrigues, 1999).

Surgido na Argentina durante o regime ditatorial, o Plataforma se estendeu à diversos países latino-americanos, como o Brasil, conforme relata Bauleo (1990):

En Brasil los compañeros exilados (junto a compañeros brasileños) provocaran un doble movimiento: a) una expansión del conocimiento del

‘psicanálisis social’ y de la articulación del análisis en los ámbitos institucionales; b) la aparición posterior y actual de un movimiento institucionalista cuasi-anarquista que ejerce un flerte crítico de las instituciones (p.90).

Os grupos são pensados como estratégias de transformação dos sujeitos e das instituições e seus contextos de produção de vida, a partir da ideia de *dispositivos grupais*. Tais estratégias estão em confronto com as práticas psicológicas e sociológicas hegemônicas presentes no cenário sócio-histórico atual e nas práticas profissionais em saúde mental, que tem como marca o estímulo à individualização e à normalização (Barros, 2013).

Barros (1993; 2013), Rauter (2000) e Lanceti (1986; 1993) contribuíram na construção desta perspectiva crítica, ao proporem a revisão das lógicas e concepções que fundamentam os aspectos epistemológicos, teóricos e práticos do trabalho com grupos. Nesta perspectiva, o conceito de subjetividade é deslocado da noção de indivíduo, tal como formulado nas correntes psicológicas e psicanalíticas, e passa a ser pensado a partir de conceitos filosóficos e sociológicos, como o de coletivo e da heterogeneidade, de forma a dar ênfase a outros componentes de produção da subjetividade não redutíveis aos mecanismos psicológicos (Guattari, 1992).

Em sua revisão crítica sobre as práticas de grupo, Barros (1993) identifica que o processo histórico de individualização¹⁰, fortemente mobilizado nas sociedades europeias a partir do século XVIII, reduziu a subjetividade à noção de indivíduo, e deu ênfase às ideias de interioridade e de identidade como componentes fundamentais da subjetividade. Esta forma de compreensão da subjetividade tem como característica a oposição entre indivíduo e sociedade, entre processos individuais e sociais, entre dentro e fora. O social passa a ser visto como o conjunto de processos e instâncias exteriores à subjetividade, e o grupo é então tomado, nesta perspectiva, como função intermediadora entre o indivíduo e o social (o dentro e o fora), compreendido como instância universal que reafirma a redução da subjetividade ao indivíduo e da totalidade ao social (Barros, 1993).

A partir desta leitura crítica, Barros (1993) propõe que o grupo seja pensado como dispositivo analítico implicado na produção da subjetividade, em termos de

¹⁰ Indivíduo como concepção universalizante, que não considera as diferenças e contradições implicadas na produção da subjetividade, de tal forma que a noção de indivíduo é compreendida como modo de subjetividade dominante (Barros, 1993).

multiplicidade de modos de vida ou modos de existência singulares, e não de individualidades, e que deve “produzir um modo de subjetivação conectado ao devir e à multiplicidade, onde o grupo se pusesse como dispositivo para novos processos de constituição de subjetividade” (Barros, 1993, p.318).

O grupo enquanto dispositivo busca acionar a capacidade de transformação e deslocamento do intimismo e da privatização da experiência – elementos característicos dos processos de individualização, dirigindo-se a novos processos de singularização que consideram o dentro e o fora não como oposições, mas como componentes da subjetividade (Barros, 2013).

Na proposta do grupo dispositivo, a problematização, a desindividualização e a experimentação são os norteadores das intervenções grupais (Barros, 2013). A experimentação é entendida como pressuposto ético de superação da noção de trocas subjetivas, e propõe modos de abertura e de escuta ao que é produzido na relação com a alteridade, que nesta perspectiva, é o que possibilita os processos de transformação. A problematização é compreendida como pressuposto estético voltado ao exercício do pensamento, o que implica esforços que buscam compor e recompor novas subjetivações, bem como criar e afirmar diferenças, por meio da diferenciação e superação das estratégias de suportes identificatórios. A desindividualização é compreendida como ação política de desconstrução de discursos e práticas individualizantes e de implicação com a produção social, e é operada mediante o confronto com os processos de naturalização e universalização inerentes à produção da subjetividade como sinônimo de individualidade (Barros, 2013).

De forma semelhante, Rauter (2000) revisa a proposição das oficinas terapêuticas em saúde mental e enfatiza as lógicas e as práticas que as tomam como meio de inserção dos pacientes na coletividade, a partir do trabalho e da criação artística. Para tanto, a autora problematiza a função do trabalho nas instituições asilares, e compreende que o trabalho no interior das instituições psiquiátricas sempre esteve associado à intervenção terapêutica, ora reduzido às táticas de disciplinarização, ora como produção fabril de objetos a serem vendidos. Esse tipo de estratégia está relacionada à ausência de significado afetivo ou dissociado do desejo como forma de construção da vida cotidiana (Rauter, 2000).

Rauter (2000) identifica que a dimensão de cidadania, presente nestas propostas como objetivo final das oficinas terapêuticas, volta-se para a adaptação dos pacientes à

ordem social e econômica estabelecida, e, desta forma, a inclusão é compreendida como sinônimo de normalização. Propõe então, a partir do diálogo com a abordagem esquizoanalítica e com a psiquiatria democrática, reflexões e questionamentos acerca dos objetivos e intencionalidades das oficinas terapêuticas em saúde mental. Tendo como base a noção de produção de subjetividade, para a autora as oficinas terapêuticas devem operar a reconstrução do cotidiano, a partir da proposição de estratégias voltadas para o trabalho e para a criação artística que possam ser capazes de dar sustentabilidade à reinvenção da vida em seu aspecto cotidiano, buscando problematizar e superar as lógicas de ocupação do tempo ou institucionalização provenientes dos modelos asilares (Rauter, 2000).

Por sua vez, Lancetti (1986) propõe que seja realizada a crítica ao caráter ideológico das propostas grupais, pois identifica nas escolas e correntes de pensamento grupalista o processo de instrumentalização de concepções, como a de indivíduo e a de eficácia. Para ele, os discursos de finalidade das propostas grupais tendem a voltar-se para o ego, as relações interpessoais, os papéis sociais e relacionais, e o grupo como um todo ou como átomo social, ao transformar estes elementos em objetos enfermos a serem tratados, fortalecidos ou corrigidos pela adoção de novos modelos de comportamento por parte dos indivíduos (Lancetti, 1986).

Por outro lado, a eficácia é dirigida ao estabelecimento de processos catárticos, de ensino de modelos comportamentais, de reconstrução dos egos individuais e de melhoramento das relações interpessoais, a partir da proposição de experiências grupais corretoras (Lancetti, 1986).

Contudo, Lancetti (1993) compreende que os projetos de reformas psiquiátricas do pós-guerra basearam suas proposições assistenciais nas atividades coletivas e nos dispositivos grupais. A comunidade terapêutica instituiu a assembleia e os grupos terapêuticos, a psicoterapia institucional propiciou os grupos autogestionários e co-gestados, e a psiquiatria democrática operou suas estratégias de inclusão a partir das propostas de coletivização.

Durante a experiência de desinstitucionalização na cidade de Santos, realizaram-se movimentos de transformação da ordem tutelar que constituía o cotidiano da Casa de Saúde Anchieta, a partir da proposição de atividades coletivas e grupais: assembleias, grupos psicodramáticos, de lazer, teatro, trabalho, participação política, entre outros (Lancetti, 1993).

Para Lancetti (1993), nesta experiência, a construção das abordagens grupais partiu de dois pressupostos: a cidadania dos pacientes e a solidariedade como *modus operandi*. A partir de sua revisão crítica das teorias e técnicas grupais e do diálogo com a abordagem esquizoanalítica, ele identifica um conjunto de concepções voltadas para o trabalho com grupos de psicóticos como modo de produção de subjetividade: a) a noção de continência, propiciada nas trocas e no contato afetivo, favorece que o acolhimento e a ajuda mútua estejam voltados para a ressignificação dos sintomas e da história de vida; e b) o favorecimento de processos grupais ao invés do agrupamento de pessoas em torno do terapeuta, cuja ênfase é dada às invenções que surgem no contato com o outro, pela fala, gestos e aproximações vinculares, e não à interpretação ou análise de estruturas subjacentes ao grupo ou aos indivíduos.

A respeito da coordenação de grupos, a sociabilidade e o contato entre os membros são os principais processos a serem desenvolvidos. As intervenções do terapeuta têm como foco a coletivização, a tarefa (nos moldes dos grupos operativos), a manutenção das pautas de funcionamento dos grupos e o estímulo ao compartilhamento de sentimentos, pensamentos e enunciados sobre os sofrimentos e vida cotidiana. O objetivo das intervenções é o aumento do índice de solidariedade e de autonomia dos pacientes no processo de desinstitucionalização (Lancetti, 1993).

3.2. Mapa-síntese dos modos de trabalho com grupos no âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas

O objetivo desta revisão foi produzir uma espécie de mapa por meio do qual fosse possível transitar e compreender as diferentes proposições grupais que permeiam o campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Desta forma, não está isenta de reduções ou mesmo de imprecisões, tendo em vista que as práticas de grupos, suas teorizações e condições sóciohistóricas de proveniência não são facilmente captáveis e exploráveis: são complexas e estão inseridas em jogos de forças políticas e históricas heterogêneas.

Portanto, cabe fazer essa consideração. Como sugere Rodrigues (1999), há sempre o risco de, no procedimento de revisão de literatura sobre grupos, se recriar paisagens, geografias e histórias que ensejam uma totalização dos sentidos e uma cristalização das práticas, como formas ideais, normativas ou naturalizadas por meio das

quais se separa o joio do trigo, se institucionaliza, exclui e cria juízos de valor sobre boas e más teorias e práticas.

Como resultado desse processo de revisão, propõe-se um quadro-síntese dos achados visando produzir a compreensão sobre os diferentes aspectos destas proposições, categorizadas globalmente a partir da ideia de lógicas de atenção e produção do cuidado que atravessam o campo da saúde mental. As proposições mapeadas são aqui vistas como práticas em relação à outras ou *caixas de ferramentas*, e já são resultado de misturas entre componentes práticos, teóricos, éticos, técnicos, profissionais, institucionais, culturais, históricos, etc.

No quadro, buscou-se identificar aspectos que auxiliam a leitura das práticas historicamente desenvolvidas no campo da atenção em saúde mental. Para tanto, organizado a partir de características gerais e práticas específicas. A construção desse quadro tem como objetivo apoiar a análise e categorização dos dados coletados nas entrevistas com os profissionais, conforme será abordado no capítulo de resultados.

Quadro 1. Mapa das práticas grupais ou dos modos de trabalho com grupos: Quadro Síntese

Logicas	Características	Práticas
Centradas no tratamento e recuperação	Propostas institucionais de tratamento médico ambulatorial ou hospitalar centrado nos saberes e na coordenação profissional, com algum grau de abertura aos saberes dos participantes; reunião de pessoas com questões de saúde semelhantes, visando promover sua identificação; viabilizar a sensibilização e aceitação aos quadros diagnósticos apresentados pelos usuários; integrá-los ao circuito social e simbólico de uma cultura grupal medicalizante ou de tratamento; facilitar a adoção das instruções profissionais pelos próprios pacientes; facilitar mudanças comportamentais e simbólicas relacionadas às doenças, por meio de práticas pedagógicas e terapêuticas - estratégias de sensibilização, aconselhamento e orientação.	<p>1) Práticas grupais de educação em saúde: ensinar e instruir sobre a doença (palestras e participação nas discussões, de caráter racional e impessoal);</p> <p>2) Grupos de suporte em saúde: integração, expressão de sentimentos e aprendizagem pela conscientização sobre a doença (engajamento em conversas com grande teor emocional relacionadas às dificuldades e perdas provenientes dos sintomas e debilidades, e partilha de estratégias de enfrentamentos dessas dificuldades);</p> <p>3) Psicoeducação: diminuir ou impedir recaídas sintomatológicas, ampliar o conhecimento técnico sobre a doença e esclarecer informações consideradas distorcidas ou insuficientes, treinar habilidades para enfrentar situações relacionadas aos sintomas ou debilidades (abordagem estruturada e programada visando ensinar, esclarecer e treinar os participantes).</p>

<p>Centradas no compartilhamento de experiências e desejos e na ajuda entre pares</p>	<p>Propostas institucionais ou comunitárias de fortalecimento de vínculo sociais e comunitários e de identificação com vivências e sofrimentos semelhantes; espaços de encontro e interação social que visam estimular o compartilhamento de saberes, opiniões, dificuldades pessoais e experiências de recuperação, e processar alternativas para a vida cotidiana, propondo estratégias individuais ou coletivas de lida com situações desafiadoras.</p>	<p>1) Apoio Mútuo: centrada na condição pessoal comum capaz de produzir uma identidade unificadora do grupo (ex: sou alcoolista), busca de compreensão homogeneizante do problema e adesão à estratégias previamente construídas ou já institucionalizadas (doutrinação, conversão a determinados valores, saberes e práticas; prescinde de coordenação de profissionais de saúde ou psis);</p> <p>2) Ajuda Mútua: centrada na troca de apoio emocional e de informações, e na identificação de recursos e estratégias para lidar individualmente ou coletivamente com dificuldades e problemas do dia-a-dia (engajar-se mutuamente nas histórias e experiências dos participantes, desenvolver escuta, capacidades de organização, gestão e facilitação das reuniões e maior consciência das determinações sociais dos problemas vivenciados no âmbito individual ou comunitário);</p> <p>3) Grupos de Encontro: centrado na pessoa, seu sofrimento, necessidades, saberes e capacidades; desenvolver a autocompreensão e conscientização das relações que vivencia (o grupo deve desenvolver sua própria direção e objetivos, refletir sobre seus modos de vida, suas interações e seus comportamentos diante as dificuldades e situações da vida cotidiana; o coordenador atua como facilitador do processo grupal).</p>
<p>Do campo psi centradas na cura e reabilitação</p>	<p>Propostas psicoterapêuticas institucionais centradas no discurso e nas condutas dos participantes; desenvolver interpretação e análise de componentes da subjetividade e da intersubjetividade, ou mobilizar processos psíquicos e atitudinais capazes de transformar a relação do indivíduo consigo mesmo e de suas relações com os outros; estimular compartilhamento de vivências, emoções e opiniões em contexto coletivos e abordá-los a partir de saberes e técnicas psicológicas e psicoterapêuticas.</p>	<p>1) Psicoterapia individual em grupo: desenvolver a análise dos participantes em termos de suas emoções, mecanismos psíquicos e condutas individuais; utilização de conceitos e ideias relacionados à neurose; procedimentos de seleção e exclusão, homogeneização de participantes. (grupo pequeno, processo centrado em temas e atividades para estimular conversas, circulação de falas, interpretação individual que pode valer para mais de um participante devido à características compartilhadas);</p> <p>2) Psicoterapia do grupo: desenvolver análise dos mecanismos e motivações inconscientes do grupo, visto como entidade psicológica autônoma; ideias de conteúdo manifesto e latente relacionada à dinâmica grupal (número reduzido de participantes reunidos sem um programa a ser desenvolvido, apenas a análise de suas interações enquanto expressão da estrutura e dos mecanismos grupais);</p> <p>3) Psicodrama: desenvolver a expressão de elementos emocionais e atitudinais relacionados à situação patológica dos membros do grupo; facilitar mudanças individuais e coletivas por meio da exploração e resolução de conflitos;</p>

		grupo entendido como agente terapêutico da espontaneidade e criatividade (reunião de pessoas, dramatização de conflitos emocionais e existenciais; interação voltada para a ação e resolução de conflitos).
Centradas na transformação institucional, social e da subjetividade	Propostas que visam renovar ou transformar componentes institucionais, sociais e subjetivos das diversas relações estabelecidas entre pacientes, profissionais e comunidade nos serviços socioassistenciais; foco está na transformação do cotidiano e do funcionamento dos serviços, enquanto expressão de práticas sociais, políticas, éticas, morais, culturais, econômicas mais amplas, que atravessam e conformam os modelos de atenção e os esquemas de referencia dos profissionais.	<p>1) Psicoterapia Institucional: humanizar as práticas e relações interpessoais; ampliar os intercâmbios e as trocas sociais e subjetivas dos pacientes entre si, a comunidade e os profissionais; não se restringem à uma técnica ou prática grupal específica, mas abrange a coletividade entendida como agente terapêutico. Lógica de organização da atenção: constituição de grupos variados, assembleias, oficinas, etc., visando maior coletivização e multiplicação das relações transferenciais.</p> <p>2) Comunidade Terapêutica: desenvolvimento de estratégias comunitárias de socialização e participação; estimular a inclusão social na vida comunitária e no trabalho; respeitar a individualidade e estimular a confiança e a responsabilização dos pacientes e o comprometimento às atividades regulares; flexibilizar as relações verticalizadas, de poder e autoridade. Lógica de organização da atenção baseada na participação ativa dos pacientes no cotidiano institucional e na proposição de atividades coletivas: grupos variados e atividades coletivas cujo foco é colocar em circulação, pela fala, a relação institucional, interpessoal, os conflitos, as tensões e as diversas experiências, positivas ou cronificantes, vivenciadas no interior dos serviços.</p> <p>3) Psiquiatria Democrática: continuidade da lógica de organização da atenção da comunidade terapêutica, utilização de assembleias e reuniões comunitárias visando ampliar a participação, o protagonismo, a autogestão, a expressão de sentimentos e desejos, a organização das tarefas e dos projetos institucionais, coletivos e de vida; democratizar os processos decisórios que envolvam o governo da vida dos pacientes. Ruptura como as práticas tutelares da psiquiatria e com o hospital psiquiátrico. Abertura de centros comunitários de saúde mental e estratégias de desinstitucionalização: constituição de grupos visando atividades de inclusão social e de suporte ao cotidiano e às relações de troca social e subjetiva no território.</p> <p>4) Grupos Operativos: centrado em uma tarefa que o grupo deve desenvolver e, por meio dela, produzir mudanças nos papéis e padrões de</p>

		<p>conduta anteriormente aprendidos; desenvolver novos padrões de comportamento, expectativas e papéis frente a situações novas (reunir pessoas em torno da tarefa; lidar com as diferentes etapas de desenvolvimento; assinalar e interpretar dinâmicas e vínculos com a tarefa e a atribuição de papéis; promover mudanças pessoais e coletivas).</p> <p>5) Dispositivos grupais: revisão crítica dos pressupostos teóricos, técnicos e das finalidades institucionalizadas dos grupos; trabalho com grupos como caixa de ferramentas visando a produção de subjetividades desejantes e autogestivas que possam sustentar maior solidariedade e autonomia no desenvolvimento da vida, das práticas e das relações no cotidiano.</p>
--	--	--

4. PERCURSO METODOLÓGICO: A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA E AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo é intitulado “O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas”. O projeto constitui-se como subprojeto de um estudo maior intitulado “Atenção Psicossocial em Saúde Mental, Álcool e Drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional”, proposto por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), visando fomentar os trabalhos de conclusão de curso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Dependência de Drogas, assim como as dissertações e teses desenvolvidas no Programa de Ciências da Reabilitação do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

O tema do estudo é sobre as práticas grupais no cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, entendidas como tecnologias do trabalho interprofissional no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Esse tema é explorado em estudos realizados em CAPS infantojuvenil e CAPS adulto, mas pouco estudado nos CAPS ad – geralmente relatos de experiências de práticas grupais específicas, que buscam descrevê-las ou analisá-las enquanto intervenções.

A pesquisa busca compreender de que forma o trabalho com grupos é apropriado enquanto estratégia de construção da atenção realizada nestes serviços, a partir das práticas dos profissionais. Desta forma, parte-se do seguinte pressuposto: o trabalho com grupos é uma das estratégias que contribuem para a organização do processo de trabalho e para a construção do processo de cuidado nos serviços comunitários da Atenção Psicossocial Estratégica do SUS. Parte-se da ideia de que existe uma relação entre o desenvolvimento do trabalho com grupos e a construção da atenção nos serviços comunitários.

A pergunta de partida da pesquisa pode ser enunciada da seguinte forma: como se constitui a relação entre o trabalho com grupos e a construção da atenção aos usuários no CAPS ad, a partir da prática dos profissionais?

4.1. A abordagem qualitativa

Este estudo se insere no campo da pesquisa qualitativa em saúde, a partir da perspectiva das ciências humanas e sociais para abordagem da problemática do trabalho com grupos no campo da Saúde Mental, entendida como prática histórica voltada para a construção e o desenvolvimento da atenção às populações que apresentam transtornos mentais e comportamentais.

Assim compreendido, e não apenas como teoria ou técnica de trabalho aplicado à diferentes contextos institucionais onde o agrupamento de pessoas e o desenvolvimento de grupidades são focos estratégicos de intervenção profissional, o trabalho com grupos se coloca como estratégia que contribui para a sustentação e constituição da atenção nos serviços comunitários e territoriais, como uma característica ou componente central das práticas em saúde mental.

A abordagem qualitativa é considerada a mais adequada para o desenvolvimento deste estudo, pois se aplicada às pesquisas que tomam a história, as relações, as representações, as opiniões e as práticas como dimensões centrais da investigação científica, e possibilita a construção de vias de acesso para explorar questões e problemáticas relacionadas ao que os indivíduos fazem e ao sentido que dão às suas práticas em um determinado momento e contexto histórico e social (Minayo, 1992).

A pesquisa qualitativa visa aprofundar o estudo da subjetividade e das redes sócio-simbólicas que constituem as práticas dos indivíduos enquanto componentes da construção da realidade social. Ao abordar a realidade social, considerando-a a partir de casos concretos compreensíveis em sua singularidade, busca-se aprofundar a compreensão acerca das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram desenvolvidas (Goldenberg, 2011).

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, o pesquisador evidencia a natureza socialmente construída da realidade, a sua relação com o objeto ou problemática de estudo, bem como as limitações situacionais que tem influência sobre a investigação (Denzin, Lincoln, 2006).

Esta pesquisa parte da experiência do pesquisador em sua inserção profissional e formativa em CAPS ad, e da identificação da necessidade de aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre como se constroem e se desenvolvem as práticas grupais no contexto desses serviços. A ideia geral é a de que conhecer os modos como

os profissionais desenvolvem o trabalho com grupos nos CAPS ad constitui um espaço privilegiado para discutir aspectos da atenção às pessoas que apresentam necessidades decorrentes do consumo de drogas.

A construção da atenção é complexa e envolve diferentes elementos que constituem essa realidade, como o saber e fazer cotidiano dos profissionais, que não se enquadram necessariamente às de normativas e diretrizes ministeriais e que podem se alinhar à outras tendências discursivas e práticas. Acessar os conhecimentos e experiências dos profissionais é uma via privilegiada para compreender o problema que, nesse estudo, é explorado desde o recorte das práticas grupais, buscando aprofundar nossa compreensão sobre a relação entre essas práticas e a construção da atenção aos usuários de drogas.

Entendemos que as práticas definem o cotidiano da atenção, sua organização, seus desafios e potencialidades, bem como expressam e dão sentido às formas de cuidado desenvolvidas nos serviços pelos profissionais. Elegemos como ponto de partida *a perspectiva dos profissionais* sobre suas *experiências e opiniões*, como um modo de conhecer e analisar as relações entre o desenvolvimento das estratégias grupais e a construção da atenção aos usuários nos CAPS ad, no contexto do *desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no campo do Álcool e outras Drogas*.

Por meio deste estudo, busca-se contribuir para a reflexão acerca das práticas em saúde mental, álcool e outras drogas, com intuito de aprofundar e analisar a especificidade que as práticas grupais assumem na construção da atenção aos usuários.

4.2. A entrevista semiestruturada com os profissionais

No planejamento da pesquisa, buscou-se organizar e realizar entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais que atuam em CAPS ad. A técnica da entrevista é compreendida como modo de captar a experiência do indivíduo na coletividade que ele pertence, mediada por redes simbólicas que produzem os significados que dão às suas práticas. Tem como foco colocar o pesquisador em contato com a perspectiva do entrevistado, seus pensamentos, sentimentos, opiniões e impressões acerca de determinados assuntos relacionados ao interesse ou problema de pesquisa (Queiroz, 1987).

A entrevista com profissionais baseia-se na ideia de que a atividade profissional os coloca em contato direto com os problemas e as estratégias relacionadas a construção da atenção aos usuários no CAPS ad, pois são atores dessas experiências. As narrativas orais, captadas por meio da entrevista, transmitem o saber que possuem acerca daquilo que fazem e vivem, pois “trata-se de pessoas que, pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema” (Quivy, Campendhout, 1998, p.71).

Enquanto procedimento de produção de dados, a entrevista provoca a reflexão pela conversa e pela elaboração dos assuntos tratados, mediado por redes simbólicas e pela subjetividade, capaz de reconstituir as vivências e experiências dos indivíduos e de transmitir e captar informações que se dão mediante articulação de ideias e palavras que a própria situação da entrevista estimula (Queiroz, 1987).

O entrevistador, enquanto ouvinte interessado, propõe uma conversa mediada por questões de seu interesse relacionadas aos objetivos do estudo, e o entrevistado, enquanto informante, narra, explica e elabora sua experiência e seu ponto de vista (Queiroz, 1987; Quivy, Campendhout, 1998).

Todavia, não se trata de um retrato direto e objetivo da realidade, mas sim da emergência de significados e interpretações acerca de determinados fenômenos sociais (Queiroz, 1991). Neste sentido, é necessário compreender a entrevista como processo social de interação entre pesquisador e informante, o que envolve aspectos atitudinais como condições de produção da situação e das informações.

A condução da entrevista, como técnica e modo específico de relação entre sujeitos no campo da investigação científica, envolve não apenas a dinâmica de perguntas e respostas mais ou menos diretiva, mas sim capacidades de saber escutar atentamente, dialogar, perguntar, dar abertura para que os informantes possam se expressar, e compreender os diferentes movimentos interacionais que ocorrem nessa situação, cujo objetivo é acessar o conhecimento daquilo que o informante vive diretamente e a reflexão que realiza sobre aquilo que conta (Bertaux, 1991).

4.3. Os aspectos éticos, a coleta e a transcrição dos dados

Os critérios de elegibilidade dos entrevistados foram: 1) atuar profissionalmente em CAPS ad da rede de serviços do município de São Paulo há pelo menos 6 meses; 2)

atuar como profissional em uma das seguintes categorias previstas nos documentos norteadores de composição de equipes: psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, medicina, farmácia, educação física, etc.

Apesar de constituir um grupo homogêneo de amostragem teórica, alguns aspectos podem trazer diversificação dos dados coletados, tais como as características do território e do serviço que estão inseridos, do local e das relações de trabalho, assim como a formação profissional e suas trajetórias profissionais singulares.

A coleta de dados foi realizada após a submissão e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq – HC – FMUSP). O projeto foi aprovado pelo **parecer 2.594.780, referente ao processo CAAE 46268215.4.0000.0068**. A participação foi voluntária e com consentimento expresso por meio da assinatura do TCLE, de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam as pesquisas com seres humanos.

Inicialmente, foram estabelecidos contatos com informantes da rede de proximidade do pesquisador que preenchiam tais critérios. Após as entrevistas iniciais, foi pedido aos informantes que indicassem outros profissionais de seu conhecimento que preenchessem os critérios de elegibilidade, para que o pesquisador pudesse entrar em contato e realizar o convite.

Algumas dificuldades foram enfrentadas, pois alguns dos profissionais indicados não se sentiam confortáveis em participar das conversas sem a autorização prévia de seus gestores que, via de regra, pareciam dissuadi-los da participação. Pensamos em outras estratégias, como divulgação da pesquisa nos serviços, mas os gestores colocavam uma série de caminhos burocráticos que deveríamos seguir para fazer a divulgação com os profissionais, que no final se mostrou inviável e sem resultados práticos.

O resultado desse processo foi a realização de 10 entrevistas individuais em profundidade, que ocorreram entre os meses de junho de 2018 e janeiro de 2019. Por meio do contato telefônico, combinávamos dia, horário e local, de acordo com a disponibilidade e as preferências dos entrevistados para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em espaços da cidade, como

a Biblioteca Municipal Mário de Andrade e o SESC. Uma entrevista foi realizada no consultório do entrevistado e outra na própria residência do entrevistado.

As entrevistas duravam entre 40 minutos e 1h50 minutos, somando aproximadamente 10h20 minutos de entrevistas e foram mediadas por um roteiro semiestruturado composto por questões relacionadas ao problema de pesquisa, a partir de dois eixos: 1) *geral*: a) necessidades e demandas das pessoas atendidas pelo CAPS ad; b) papel e funções das práticas de grupo no CAPS ad; c) trajetória profissional na coordenação de grupos; d) relação entre práticas grupais e a formação e prática profissional; 2) *específico*: a) compreensão acerca do trabalho com grupos; b) descrição e caracterização do seu trabalho com grupos; c) consideração acerca do que é importante para o desenvolvimento e coordenação de grupos; e d) relevância das práticas grupais como abordagem aos usuários do CAPS ad.

O roteiro foi construído com base no estudo e desenvolvimento da revisão teórica relacionada ao trabalho com grupos e ao trabalho em saúde na atenção psicossocial, assim como pelas observações e questionamentos realizadas pelo pesquisador em sua atuação no CAPS ad, além das conversas e discussões realizadas nos encontros com a orientadora na fase exploratória da pesquisa.

No início de cada entrevista, o pesquisador apresentava o estudo, o roteiro de assuntos a serem abordados e o questionário de caracterização profissional; informava sobre os aspectos éticos que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e pedia autorização para gravar a entrevista por meio de aparelho eletrônico.

Após a adesão à pesquisa pela assinatura do TCLE, a conversa era iniciada e orientada pelos assuntos do estudo, com o intuito de “dar o tom geral da conversa” (Quivy, Campendhout, 1998, p.74), a partir de uma postura de não intervenção por parte do pesquisador. O encerramento das entrevistas estava condicionado à finalização pelo próprio entrevistado, o que permitiu a possibilidade deles explorarem e aprofundarem seus discursos.

A partir do que os entrevistados enunciavam, outras perguntas puderam emergir, como forma de estimular o informante a aprofundar ou explorar os assuntos ou pontos que não apareceram previamente no planejamento da entrevista, mas que se mostraram relevantes para o desenvolvimento do problema de pesquisa (Quivy, Campendhout, 1998).

Os entrevistados se mostraram receptivos e colaborativos, à vontade com a situação de entrevista. Durante a conversa, revelaram já ter participado de outras pesquisas, ora como entrevistador, ora como informantes. Alguns relataram que a situação da entrevista serviu como espaço de reflexão da prática, dificilmente encontrado no cotidiano do trabalho, devido à grande carga de tarefas e a limitação das discussões mais ampliadas sobre grupos aos escassos momentos de planejamento.

As entrevistas foram registradas por meio de um gravador digital, e posteriormente foram transcritas pelo pesquisador. Depois de transcritas, as entrevistas passam a constituir “documentos semelhantes a qualquer outro texto escrito” (Queiroz, 1987, p.275), utilizado como fonte de dados que apoia o trabalho do pesquisador, que “se define em função das informações, indicações e esclarecimentos, escritos ou registrados, que levam a elucidar determinadas questões” (Queiroz, 1991, p.95).

Aplicou-se também um questionário breve para caracterizar aspectos como: a) a formação; b) o tempo de inserção profissional na saúde mental e no CAPS ad; c) a atuação profissional no serviço; e d) o tempo dedicado ao trabalho com grupos na jornada de trabalho. Esse questionário foi aplicado após o término de cada entrevista, como um modo de sistematizar informações do entrevistado sem a necessidade de perguntá-las durante a entrevista.

4.4. A análise temática de conteúdo

A análise visa conhecer e descobrir elementos novos que respondam às questões do projeto, confrontar as hipóteses iniciais, e ampliar as possibilidades de compreensão dos fenômenos estudados (Minayo, 1992). Como estratégia de análise, foi adotada a análise temática de conteúdo, que visa identificar e nuclear os sentidos que compõem a comunicação; descrever seus conteúdos; e estabelecer relações entre as estruturas semânticas e as condutas, saberes e atitudes que perpassam os enunciados (Bardin, 2009).

Trata-se, portanto, de construir a estrutura que servirá de base para a interpretação, por meio da criação de categorias que expressam a codificação, a organização e a sistematização do material coletado (Gomes, 2008). O conteúdo das entrevistas combinam duas atitudes do entrevistado: a de transmissão de conhecimentos

e a de avaliação da realidade narrada. Essas duas posturas devem ser identificadas durante o processo de análise do material (Queiroz, 1991).

O material a ser explorado foi composto por todas as transcrições e pelos questionários de caracterização dos entrevistados. Na primeira etapa da análise, a pré-análise, foi realizada a leitura flutuante e compreensiva do material selecionado, por meio da qual buscou-se estabelecer uma visão do conjunto das entrevistas, identificar as ideias e temas que as compõem e desenvolver eixos iniciais de análise (Gomes, 2008).

Na segunda etapa, foi realizada uma leitura exaustiva de cada entrevista em confronto com os objetivos e base teórica adotada e com as formulações produzidas na pré-análise, visando estabelecer a codificação e a categorização do material. Códigos mais descritivos ou mesmo teóricos que emergiram do texto foram, em alguns casos, associados à categorias teóricas provenientes da literatura.

O processo de codificação e categorização combinou duas técnicas de codificação, a temática e a teórica. A codificação temática envolve a definição prévia de tópicos abordados conforme as questões propostas pelo estudo (Flick, 2009). As diferentes perspectivas dos sujeitos de pesquisa sobre os assuntos abordados foram identificadas e analisadas a partir de suas semelhanças e diferenças.

A codificação teórica representa “as operações pelas quais os dados são fragmentados, conceitualizados e reintegrados de novas maneiras” (Flick, 2009, p.277). Buscou-se por meio dessa técnica a construção de teorias a partir dos dados, pela formulação de redes e de relações entre categorias ou conceitos.

Esse processo envolveu a comparação constante das situações e conceitos e a formulação de questões a serem desenvolvidas no texto. Algumas questões foram aplicadas à leitura para apoiar a realização desse processo pelo pesquisador: qual a questão ou fenômeno mencionado; quais atores estão envolvidos e quais papéis desempenham; quais aspectos do fenômeno são ou não são mencionados; com qual frequência; por quais motivos; com quais objetivos; e por meio de quê (Flick, 2009).

A partir da codificação e categorização, se formulou uma estrutura de ideias temáticas em relação ao texto e agrupamentos de categorias para apresentar os resultados, visando uma melhor apreciação do material coletado que pudesse sustentar o trabalho interpretativo da pesquisa, a partir dos “sentidos mais amplos que traduzem a lógica do conjunto do material” (Gomes, 2008, p.101).

Para melhor apreciação dos dados, no processo de análise mostrou-se ser relevante incorporar às categorias descritivas determinadas *categorias teóricas*. Desta forma, o diálogo com conceitos apresentados pela literatura científica permitiu enriquecer a compreensão acerca dos agrupamentos teóricos, das categorias temáticas e dos códigos descritivos construídos a partir do material das entrevistas, complexificando assim os objetivos e a apreciação dos resultados do estudo.

4.5. Conceitos teóricos incorporados às categorias descritivas

O conceito teórico de *identidade social* refere-se à leituras sociológicas acerca de como os indivíduos se localizam e são localizados em um sistema social, e de como são atribuídos determinados significados específicos a tipos de pessoas em relação às outras. É resultado de contínuas práticas relacionais e discursivas mobilizadas no interior de contextos e processos sociais, históricos, econômicos e culturais, que visam definir as formas como os indivíduos se veem e se dizem e são vistos e ditos socialmente (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

A construção da identidade social é orientada por processos interacionais e se constitui sempre em relação com alteridades reais ou de referência¹¹, mediante práticas de atribuição e de recepção de signos (identificatórios e diferenciadores) exercidas no conjunto das vinculações dos indivíduos ao contexto social: suas situações relacionais atuais, suas trajetórias sociais de vida e os modos como os grupos sociais organizam suas trocas, integrações, proximidades, fronteiras e distâncias em relação a outros (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

O contexto sociocultural apresenta determinado grau de força e materialidade na construção da identidade social (seus mecanismos de poder e de controle social) ao organizar operadores simbólicos e culturais normativos e ao produzir expectativas sociais impessoais, que devem ser satisfatoriamente incorporadas pelos indivíduos no desenvolvimento de suas vidas (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

Neste ponto, a *autoidentidade*, enquanto capacidade do indivíduo de se nomear em relação aos outros, ganha relevância, ao implicar os processos de construção da *autopercepção e autoimagem* no interior dos jogos de forças sociais e simbólicas e das

¹¹ Um aspecto importante do conceito é a compreensão de que não há identidades em si, por si e para si, ou seja, não é sinônimo de uma essência do indivíduo, como também não se fixa totalmente, podendo ser manejada e modificada nas relações (Pinto, 1999; Berlatto, 2009).

relações de integração, diferenciação, dominação, legitimação e invalidação próprias do contexto sociocultural contemporâneo. Esse processo se complexifica diante da problemática dos grupos minoritários, quando estes são socialmente definidos como portadores de diferenças em relação à uma normatividade social (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

Com frequência, essas diferenças, ao serem particularizadas nas relações, assumem um caráter de negatividade. Os indivíduos podem reconhecer para si apenas essa diferença negativa, o que resulta em fenômenos de desprezo por si mesmo, vergonha, inibição e rejeição, conformando assim identidades sociais negativas vinculadas aos *processos de estigmatização* (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

A estigmatização é produzida mediante processos perceptivos e avaliativos orientados à identificação e à categorização que os indivíduos realizam entre si, a partir de *atributos* esperados e indesejados socialmente. Se relaciona à construção das identidades sociais, ao envolver as exigências, os parâmetros e as expectativas sociais acerca de como o indivíduo deve ser, bem como a percepção de que determinados indivíduos possuem características discrepantes do que é estabelecido pelo meio social (Berlatto, 2009).

Deste modo, *os atributos negativos* e socialmente indesejados se tornam particularizados e individualizados mediante, por exemplo, a culpabilização associada a determinadas condições, como o adoecimento psíquico, os vícios, o alcoolismo, o desemprego, entre outros (Berlatto, 2009).

O indivíduo, ao ser identificado nas relações cotidianas como possuidor de aspectos diferentes do previsto e por não responder positivamente às exigências e expectativas do meio social, pode ser visto como menos desejável, ou mesmo como pessoa má, perigosa ou fraca. Pode também vir a ser colocado na categoria de estranho, de desacreditado e merecedor de distanciamento social, destruindo assim a possibilidade de atenção para os outros atributos que possui (Berlatto, 2009).

Outro conceito teórico incorporado é o de *vulnerabilidade e desfiliação social*, compreendido enquanto dinâmicas globais e atuais dos processos de marginalização vivenciados por grupos sociais e indivíduos atingidos pela nova desigualdade social, pela crise da condição assalariada e pela degradação dos sistemas de apoio sociais relacionais: indigentes; sem domicílio fixo; certos usuários de drogas; pacientes e ex-pacientes psiquiátricos; delinquentes e ex-presidiários; jovens à deriva em subúrbios

precarizados; pessoas que se fixam em uma ou outra dessas condições sociais ou que circulam, em suas trajetórias de vida, por muitas delas (Castel, 1997).

Para Castel (1997), as situações marginais, por meio das quais determinados indivíduos estão inseridos na sociedade, não se justificam necessariamente pela pobreza ou por uma condição pessoal ou clínica qualquer. Elas surgem a partir de um duplo processo relacionado à integração/não integração pelo trabalho e à inserção sociorelacional/dessocialização, que se distribui de modos variados pelos contextos e grupos sociais, a partir de três zonas de localização social: *zona de integração* (trabalho estável e forte inserção relacional); *zona de vulnerabilidade* (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais); e *zona de marginalidade ou desfiliação* (duplo processo de desligamento que resulta na ausência de trabalho e isolamento social).

Essas zonas não representam estados fixos (ainda que expressem condições diferenciadas e relativamente estáveis de determinados grupos sociais em relação à outros), dado o dinamismo das questões e problemáticas sociais, econômicas, políticas e culturais, mas se configuram ***em trajetórias sociovitais de coesão, vulnerabilização ou desfiliação*** (Castel, 1997).

Aqueles indivíduos vulnerabilizados, marginalizados ou desfiliaados estão expostos a todo tipo de rechaço e discriminação social: não podem ser reconhecidos, são rejeitados e sofrem medidas sociais repressivas cruéis, como o rechaçamento e ou mesmo a exposição à morte. Todavia, podem ser tratados diferencialmente conforme suas características: a figura do vagabundo, visto ainda como apto ao trabalho e sem proteção relacional, é completamente rejeitada e estigmatizada em relação à figura do indigente inválido, que não pode trabalhar mas que pode receber algum tipo de assistência clientelista ou caritativa, devido a sua condição e sua inserção na comunidade (Castel, 1997).

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Ao todo, foram entrevistados 10 profissionais de nível superior que compõem equipes de Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas no município de São Paulo, sendo 8 mulheres e 2 homens com idades entre 26 e 40 anos, média de 33,4 anos. As profissões dos entrevistados são as mesmas de suas ocupações atuais nos serviços: Psicologia (4), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (2), Enfermagem (1), Psiquiatria (1).

Todos possuem pós-graduação: 5 deles cursaram Programas de Residência Multiprofissionais nas áreas de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (3), Saúde da Criança (1) e Reabilitação de pessoas com deficiências (1); 5 realizaram cursos de especialização nas áreas de Atenção Integral ao Álcool e outras Drogas (2), Dependência Química (1), Saúde da Família (1), Psicopatologia e Saúde Pública (1) e Psicodrama (2); 1 possui mestrado e 1 está cursando doutorado.

Em relação à trajetória profissional, os entrevistados trabalharam em outros CAPS ad (4), CAPS adulto (1), ONGs/terceiro setor (2), consultórios privados (2), serviços da Assistência Social (1), incubadora de cooperativas sociais (1), Hospital Psiquiátrico (1), Pronto Socorro (1) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (1).

Em relação aos atuais locais de trabalho, 4 estão em CAPS ad II e 6 em CAPS ad III, localizados nas regiões Norte, Oeste, Centro, Leste e Sudeste do município de São Paulo e geridos por Organizações Sociais de Saúde. O tempo de inserção dos profissionais nestes serviços é de 1 à 11 anos, média de 4,9 anos. As jornadas de trabalho, conforme a contratação em regime CLT, variou entre 20 e 40 horas semanais, com média de 31,6 horas.

O tempo de trabalho dedicado semanalmente às práticas grupais ficou entre 1 e 14 horas semanais, com média de 6,5 horas de coordenação de grupos. Os entrevistados referiram realizar outras práticas que caracterizam o cotidiano de trabalho no CAPS ad: Reuniões gerais de equipe e miniequipe (10); Atendimentos de referência (9); Matriciamentos (8); Articulação de rede (8); Acolhimentos (8); Visitas domiciliares e busca ativa (7); Participação nas assembleias (5); Atendimentos individuais (4);

Supervisões (3); Atenção à crise (3); Ambiência (3); Atividades externas (3); Atendimento à familiares (3); Colegiado de gestão do serviço (2); Apoio à Unidade de Acolhimento (2); Conselho Gestor (1); Programas de formação para redutores de danos (1); Supervisão de estágios de graduação e de residência multiprofissional.

A respeito da participação em atividades formativas com a temática de trabalho com grupos, 3 realizaram cursos voltados para o manejo de grupos ofertados por instituições do campo psi da cidade de São Paulo, sendo que 1 deles também participou de supervisão de grupos, e 7 referiram nunca ter participado de formações sobre grupos. Apenas 6 entrevistados referiram ter tido disciplinas de grupos nos currículos de graduação, sendo que 3 as consideraram insuficiente para a prática profissional.

Os entrevistados referiram não ter recebido nenhuma formação ou capacitação por parte dos serviços na ocasião de suas entradas. 3 deles participaram de capacitações temáticas em Saúde Mental e Redução de Danos tempos depois de sua inserção.

5.2. Agrupamentos temáticos

Por meio da leitura e categorização do material coletado, foram propostos 3 agrupamentos temáticos relacionados aos objetivos do estudo, cujo intuito é apresentar as opiniões e ações dos profissionais e identificar os pressupostos conceituais, práticos e contextuais que orientam o trabalho, a produção do cuidado e o desenvolvimento dos grupos. Os agrupamentos foram intitulados: 1) A percepção sobre as pessoas atendidas; 2) A produção das respostas assistenciais e a organização das práticas; 3) O trabalho nos grupos. Os enunciados dos entrevistados estão identificados pelo uso do código que inclui a letra E seguida por um número de 1 a 10, com o objetivo de diferenciar cada uma das falas dos entrevistados (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10).

5.2.1. Agrupamento 1. A percepção sobre as pessoas atendidas

As condições sociais sempre se misturam às condições afetivas. David Le Breton

O primeiro agrupamento fundamenta-se na opinião dos entrevistados sobre os temas colocados pelo entrevistador e aqueles que emergiram na situação de entrevista,

que resultou na identificação de como concebem, percebem e compreendem as pessoas que são por eles atendidas nos CAPS ad.

Ao material identificado foi empregada a análise temática de nível descritivo, associada à categorias teóricas, como identidade social, estigma, vulnerabilidade e desfiliação social, visando descrever o conteúdo de suas opiniões. Desta forma, foram construídas relações entre códigos, posteriormente agrupados em três categorias temáticas.

A primeira categoria temática, denominada ‘compreensão acerca do contexto sociocultural e da identidade social dos usuários’, abarca as opiniões sobre como os usuários são vistos e tratados socialmente e como se veem, e de que forma as determinações contextuais chegam a constituir autopercepções e autoidentidades.

A segunda, denominada ‘a procura pelos serviços e a percepção sobre as demandas e necessidades’, envolve as opiniões sobre as formas como os usuários enunciam suas demandas aos serviços e como os entrevistados compreendem a natureza das demandas e necessidades dessa população.

A terceira, denominada ‘percepções acerca do consumo de drogas e das condutas e dinâmicas interpessoais dos usuários’, se refere às formas como os entrevistados compreendem o consumo de drogas e as relações estabelecidas entre os usuários e as equipes no interior dos serviços.

Apresentar esse agrupamento se justifica pela intenção de explorar percepções e compreensões acerca da população atendida, que podem vir a compor um entendimento sobre como estes aspectos influem na localização e significação que estes atores sociais atribuem às práticas grupais na construção da atenção aos usuários.

5.2.1.1. Compreensão acerca do contexto sociocultural e da identidade social dos usuários

A respeito da compreensão sobre a condição social dos usuários, 7 entrevistados relacionam aspectos do contexto sociocultural, que vê os usuários como pessoas que se desviaram das normas e das expectativas sociais, a atributos negativos associados à criminalidade, periculosidade, vagabundagem, violência e agressividade. Isto implica na produção de processos sociais de estigmatização que tendem a definir os usuários como pessoas condenáveis por sua condição:

“No que diz respeito aos usuários de substâncias químicas, a gente vive em um mundo que demonizou o usuário” (E3).

“Eu penso que o estigma que a população que faz uso de drogas carrega é muito ainda do criminoso, do perigoso. Ainda tem as divisões dentro das drogas, talvez quem faça uso do álcool seja [considerado] o vagabundo (...) se faz uso de crack é considerado pior ser humano do mundo, perigoso, que causa risco para a sociedade, porque é considerado agressivo, violento, que pode roubar” (E5).

Mediante essa relação entre a visão sociocultural e os processos de estigmatização, 3 destes entrevistados refletem sobre processos de vulnerabilidade social associados aos aspectos socioeconômicos, territoriais e de raça/cor, e compreendem que a desfiliação social ligada à condição dos usuários incide com mais intensidade sobre determinados grupos populacionais:

“Os usuários de álcool e drogas acabam sendo sinônimo de criminoso, de marginal (...) [É] uma situação de criminalização da pobreza. A gente percebe pessoas negras, pobres e de periferia indo para a rua (...) e cada vez está se agravando mais” (E7).

2 entrevistados consideram que no contexto sociocultural contemporâneo há expectativas sociais de que as pessoas sejam plenamente autônomas no desenvolvimento de suas vidas e na resolução de suas necessidades, e de que a adesão às práticas sociais produzidas no campo médico e biológico atenuem, de imediato e por si só, todas as problemáticas e sofrimentos humanos:

“A gente está vindo em um processo [social] bem ruim, de que todo mundo tem que ser autossuficiente, dar conta de tudo” (E6).

“E a gente vive em uma sociedade extremamente medicalizante, que vai fazer isso com as pessoas (...) Muitas vezes [os usuários] pedem um contorno imediato, seja na forma de uma medicação ou de uma internação (...) É uma coisa cultural” (E7).

Para 5 entrevistados, a visão sociocultural estigmatizante dirigida aos usuários materializa-se em práticas de discriminação, cujo exercício se dá nos diferentes atos relacionais da vida social, na medida que os contextos sociais são pouco receptivos e acolhedores e tendem a repudiá-los devido à visão de periculosidade, o que gera e reforça o isolamento e a marginalização:

“Da forma que a sociedade não acolhe eles, não os recebe, faz com que esses sujeitos vivam cada vez mais segregados” (E5).

“As pessoas ficam com medo de que eles roubem alguma coisa, que vão causar um tumulto. Isso causa um desconforto neles [os usuários], porque é perceptível quando você chega em um lugar e as pessoas não te desejam ali” (E7).

A discriminação é exercida também nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários no contexto dos serviços socioassistenciais, o que se reflete em atitudes de culpabilização dos usuários pelos seus atos, em dificuldades de acesso aos serviços e na recusa de atendimento:

“Eles não se veem bem tratados em outros espaços. Os próprios usuários trazem essa queixa, de que na UBS, no AMA, no hospital, aonde for eles não são tratados como são tratados aqui [no CAPS ad]” (E3).

“A gente também culpabiliza eles [e diz que eles] só conseguem estar juntos para o uso [de drogas]. Nas assembleias, teve um pouco disso – será que vocês não podem estar juntos também para se protegerem?” (E8).

Para 5 entrevistados, a forma como os usuários são vistos e tratados socioculturalmente se estende até a autopercepção e a autoimagem, determinando assim a autoidentidade que muitos deles constroem para si mesmos. Concebem que a autopercepção é mediada por critérios de diferenciação, de desqualificação, de submissão e incapacitação para os atos da vida social, geralmente em comparação às demais pessoas, as quais se acredita não fazer uso de drogas ou não apresentar problemas relacionadas ao consumo:

“Eles se colocam como os piores seres, como se os outros não usassem [drogas], quem está na mídia e as figuras que eles tem como referência, como nós, eles colocam em um pedestal. E a droga é vista como algo que modifica o ser – ela entrou, aparece um outro ser possuído por ela, e ele já não tem tanto valor, não pode opinar, tem que aceitar as coisas como são. Na minha opinião, o usuário só demonstra isso porque a sociedade o coloca nesse lugar de não sujeito, de não pertencimento, de não poder participar da sociedade, como se eles estivessem, de fato, fora. A fala deles é muito essa, de uma sociedade que os exclui, que não sabe viver com o diferente” (E5).

A droga e o seu uso se associa à construção de uma autoimagem baseada na conduta de consumo e nas experiências de fracasso pessoal e de desvio às normas sociais. Para esses entrevistados, os usuários não estão dissociados do contexto sociocultural estigmatizante e atribuem determinações negativas à sua autoimagem:

“Aquele que faz uso de droga ilícita esbarra em uma percepção de si, ele se vê e é visto pela sociedade como marginal. Se vê como fraco, criminoso, marginal” (E7).

“Eles se sentem bem marginalizados, até por eles mesmo. Eles também tem esse movimento de se afastar do que é padrão” (E3).

“É uma particularidade do ad, eles chegam e falam muito a partir disso, até pelo estigma que sofrem, só falam isso, como se a existência deles fosse a partir da droga” (E5).

A autoimagem se associa também à compreensão que os usuários possuem sobre a forma como o contexto sociocultural os percebe e os trata. Para 2 destes entrevistados, esse processo pode definir as reações dos usuários frente à dificuldade de integração e inserção social:

“Quando a gente discutiu sobre emprego, os usuários diziam – tenho que voltar para o mercado de trabalho, mas e se perguntarem se eu tenho problema com uso de álcool, não vão aceitar, porque se souberem que eu faço isso, que eu uso aquilo, o que eu vou falar na hora? Já se percebe em todos eles uma insegurança grande sobre o mercado de trabalho, de entrar nos lugares” (E5).

A construção da autoidentidade vincula-se à condição de doente, dependente e marginal, que tende a se tornar uma compreensão estável, limitadora e depreciativa sobre si. Desta forma, 5 entrevistados concebem que a autoidentidade dos usuários se conecta e se assume mediante o paradigma social do estigma e da doença. Esse processo implica em fixar explicações e narrativas de cunho moral e com alta carga de juízos de valor, às suas próprias biografias, práticas de vida e possibilidades de futuro:

“Muitos deles chegam com a conversa pronta – ah, eu sou adicto, não sei a quanto tempo, não tenho jeito, sou doente” (E2).

“Eles meio que se apegam a essa coisa de que são adictos, de que eles são dependentes. Sair desse ciclo é muito difícil” (E4).

A autoidentidade se constitui também mediante a visão sociocultural estigmatizante e as práticas discriminatórias que os usuários podem reproduzir no trato com o coletivo de usuários do CAPS ad. 1 dos entrevistados percebe que os usuários se diferenciam entre si ao estabelecerem hierarquias de desvios às normas sociais e de valor social, principalmente em função do tipo de droga que se consome:

“Para eles quem faz uso de álcool está em um patamar melhor do que quem faz uso de crack, que está no pior patamar, o mais excluído entre eles mesmos. E isso é algo que eu discuto com os usuários, porque eles não se percebem, isso eles não conseguem perceber – percebem que são excluídos nessa sociedade, mas não conseguem perceber o quanto eles reproduzem essa exclusão – sou diferente, uso álcool. Muito por hábito, eu sempre pergunto nos acolhimentos com qual droga eles têm problemas, e muitos respondem – não, eu não faço uso de drogas, eu faço uso de álcool. E eu falo que o álcool está dentro das drogas, mas para eles internalizarem essa ideia é muito difícil” (E5).

5.2.1.2. A procura pelos serviços e a percepção sobre as demandas e necessidades

A maior parte dos entrevistados relaciona a procura dos usuários pelo CAPS ad ao reconhecimento do consumo de drogas como problema central e como condição pessoal indesejável. Relatam também que é comum os usuários compreenderem o próprio consumo de drogas como causador da interrupção ou ruptura dos laços afetivos e da vida produtiva. Desta forma, a superação do consumo figura como a condição de retomada dos aspectos significativos de suas vidas:

“A droga aparece como o problema da vida que, se ele conseguisse resolver, ele conseguiria um emprego, voltar ao seio da família, ao companheiro ou companheira que ele perdeu, ao filho que não tem mais contato. Como se a droga saindo a vida fosse retomada” (E7).

“Eles tinham muitas demandas, mas as relacionavam ao uso – estou sem trabalho, tenho problemas familiares, mas tudo estava relacionado direta ou indiretamente à questão do uso” (E9).

Com frequência, a demanda de tratamento é enunciada mediante o desejo de superar ou dar fim ao consumo de drogas que os usuários expressam às equipes. 6 dos entrevistados compreendem ser essa a demanda ou pedido inicial dos usuários, que concebem ser possível alcançar pela adoção de práticas de tratamento em saúde orientadas à abstinência:

“As pessoas chegam inicialmente procurando o CAPS ad por uma questão de uso de substâncias (...) demandando um desejo de tratamento para o uso de substâncias” (E10).

“[Para] a maioria dos usuários que a gente recebe, o objetivo principal é parar com as drogas – ah, eu não quero mais fazer uso. Chegam querendo abstinência, não fazer mais uso de drogas [são] muito rígidos” (E5).

Para 5 entrevistados, a autopercepção dos usuários centrada no estigma e na interrupção do uso tende a cristalizar as demandas e impedir que eles tenham uma compreensão mais ampliada de suas problemáticas, o que resulta na invisibilidade de outros aspectos que compõem o desenvolvimento da vida dessas pessoas:

“Eles têm essa dificuldade, que é de enxergar outras dificuldades que tem na vida” (E10).

“Quando você fala para eles que vai ser possível, mas que não vai ser fácil, que é possível mudar as escolhas e tudo, eles vem com uma coisa pronta – mas eu sou doente, eu sou isso” (E4).

Esses entrevistados consideram que se houver adesão apenas ao tipo de demanda que é enunciada, como a abstinência, há o risco das ofertas do CAPS serem limitadas, já que a visão sociocultural estigmatizante não permite a visão mais ampliada do problema:

“É claro que tem usuários que querem ficar abstinentes, e o CAPS precisa ajudá-lo com isso. Mas não só isso, porque o CAPS não trabalha nessa lógica” (E5).

“É difícil para a pessoa entender que respostas rápidas para problemas crônicos não irão surtir tanto efeito assim, que vai apenas abafar esse sofrimento (...) O CAPS quebra essa barreira, vai propor outras coisas que vão além do entendimento do senso comum.” (E7).

É consenso entre todos entrevistados que a procura dos usuários pelo serviço revela o conjunto de demandas, necessidades e carências cotidianamente vivenciadas. Consideram que grande parcela das pessoas atendidas está inserida em contextos adversos, determinados por fatores sociais, econômicos e raciais:

“As demandas muitas vezes vem de uma vulnerabilidade, de uma questão social muito grande. De uma necessidade de cuidado muito grande” (E1).

“No ad são várias [necessidades], uma porque a gente atende uma população socialmente vulnerável, de risco, mais pobre. A maioria homens, negros, desempregados (...) os que não estão em Centros de Acolhida, também vivem uma situação social difícil, um ou outro tem situação melhor” (E5).

Há consenso entre os entrevistados de que o desenvolvimento de problemas decorrentes das drogas se constitui como secundário em relação às questões vivenciadas pelos usuários. Os entrevistados consideram que as principais necessidades dessa

população estão relacionadas às situações de vulnerabilidade social, de precariedade de redes sociorrelacionais e de fragilidade dos recursos sociais, pessoais e subjetivos:

“Muitos deles tinham uma demanda que não era só da questão do uso, sempre tinha alguma coisa por detrás disso e era o que a gente acabava também por trabalhar lá, não só a questão do uso em si” (E9).

“Das demandas principais, é mentira dizer que necessariamente é o uso de substâncias (...) mas a demanda chamada de desigualdade social, que é a demanda de moradia, de alimentação, de escuta terapêutica são primárias em relação ao ‘tenho problemas com drogas’ (...) Tem gente que não está acostumada a falar, a escutar, que está com baixa autoestima (...) eles serem acolhidos também é uma demanda bastante importante (...) Eles têm essa necessidade de serem ouvidos, de poder falar de seus sentimentos, de seus pensamentos, da sua trajetória de vida” (E6).

8 entrevistados reconhecem que a precarização das condições de vida dos usuários, e compreendem que tais aspectos resultam em situações de sofrimento. Situações de privação e de instabilidade econômica, como o desemprego, a ausência de recursos financeiros para subsistência, as circunstâncias de moradia inconsistentes e o pouco conhecimento dos próprios direitos refletem uma conjuntura de integração social precária:

“Os usuários de álcool e drogas muitas vezes são pessoas que tem um baixo poder aquisitivo ou que estão em situação de rua. Muitas vezes estão mal vestidas (...) Eu costumo dizer que são pessoas que tem um sofrimento muito intenso na vida (...) A questão da droga sempre vai entrar como uma pontinha do iceberg nessa estruturação de vida (...). Eles falam desse uso, mas junto disso vem toda a condição em que se encontram – situação de rua, estadia em albergue, desemprego (...) A substância está presente, mas se a pessoa tivesse algum modo de suprir as necessidades básicas humana de ter um teto, um emprego, essa substância teria [um outro sentido] para a pessoa” (E7).

“As demandas maiores que a gente atende tem muito a ver com questões sociais, porque majoritariamente as pessoas que estão no serviço em que atuo estão em situação de rua. (...) Duas grandes necessidades do usuário de substâncias em situação de rua são a moradia e o trabalho (...) Tem uma demanda importante de articulação da rede, de falar sobre benefícios sociais, direitos e deveres” (E2).

“[muitas] pessoas não se alimentam direito porque não tem condições financeiras, e não tem ideia dos direitos que tem em sociedade” (E6).

2 destes entrevistados compreendem que os pedidos dos usuários, ainda que não sejam explícitos, expressam a situação de vulnerabilidade social na qual se encontram, na medida em que reconhecem que os serviços não se limitam ao tratamento, mas que

possuem capacidade de oferecer recursos como alimentação e hospitalidade. Ou seja, que podem responder a algumas de suas necessidades básicas:

“O sujeito pede internação porque a demanda dele é por habitação, não é por estratégia de abstinência total e/ou redução de danos” (E2).

“A maioria vem com uma demanda de ajuda, qualquer que seja, mesmo que seja para ir lá comer” (E3).

Situações de dissociação do vínculo social e fragilização das redes de relações sociais e afetivas, são compreendidas como parte da problemática vivenciada pelos usuários. 5 entrevistados percebem que muitos usuários vivenciam vínculos familiares conflitivos e desgastados e dificuldades de inserção nos recursos da comunidade, o que resulta em redes de apoio precárias devido à fragilização da sociabilidade:

“Uma parte da população que vai nesse serviço já perdeu muitas redes e muitas inserções na sociedade, então ele já não tem muitas referências de espaços, serviços e pessoas para compor o seu dia a dia” (E8).

“Tem gente que está em situação de rua. Mas, mesmo quem tem casa formal, [possui] dinâmicas familiares que não possibilitam as boas relações, então a pessoa fica mais na rua do que em casa” (E6).

“A gente percebe que a grande maioria das demandas são sociais, muitas dificuldades em relação a contextos de moradia, lazer e até inserção em equipamentos da comunidade, de como as pessoas não transitam nesses equipamentos” (E10).

A vulnerabilidade ou a desfiliação social vivenciada pelos usuários se expressa em situações de ruptura de laços sociais, de desassistência pública e de dificuldades de acesso e garantia de direitos. 5 entrevistados compreendem que condições sociais desfavoráveis, violações de direito e situações de violências, tanto por parte do poder público quanto aquelas presentes nas dinâmicas e interações sociais, resultam em impactos disruptivos na vida social dos usuários:

“A gente atende pessoas que tem os seus direitos negados o tempo todo (...) E alguns a vida os leva a viver sem a proteção de um teto, com a ruptura de laços familiares e sociais, e com o desemprego. É uma série de direitos que são cerceados. Tem a violência policial, a violência do cotidiano mesmo. As pessoas experimentam todos os tipos de violência possíveis (...) que vai moldando esses sujeitos” (E7).

“Quase todos os usuários não tem condução, não tem bilhete e vão andando, nem sempre conseguem ir para o CAPS (...) Não é só um sujeito com uso de substâncias, mas um sujeito que não tem mais trabalho, que as relações

familiares estão péssimas, que não tem onde morar, que tem outras comorbidades envolvidas, que não faz acompanhamento em serviço nenhum (...) Nós fomos vendo que tinham muitos usuários com esse repertório muito restrito, nem o próprio bairro eles frequentavam, às vezes não tinham contato nem com a UBS” (E5).

4 entrevistados relacionam aspectos individuais psíquicos, cognitivos e atitudinais às problemáticas apresentadas pelos usuários. Seus recursos subjetivos e suas habilidades sociais e pessoais tendem a ser vistas como frágeis:

“Tem uma variedade muito grande de queixas. Mas o que eu penso e discuto no CAPS é que a maioria deles tem dificuldades de lidar com as próprias escolhas” (E4).

“Quando eles ficam sóbrios, eles nascem de novo para o mundo. E eles ficam naquele medo do bebe, e por isso que eles são tão queixosos (...) Eles romperam com todos os relacionamentos deles, inclusive com eles mesmos (...)” (E3).

“A maior parte das pessoas que a gente atende são usuários [de drogas] de longa data, com padrão abusivo e baixa escolaridade, não é raro os sujeitos [apresentarem] deficiência intelectual, com prejuízos importantes de memória (...) a questão cognitiva aparece muito” (E2).

5.2.1.3. Percepções acerca do consumo de drogas e das condutas e dinâmicas interpessoais dos usuários

5 entrevistados associam o consumo de drogas às tentativas de atenuar, aliviar ou lidar com sofrimentos psíquicos e sociais vivenciados pelos usuários em suas trajetórias de vida. Desta forma, consideram ser necessário não dissociar as condutas de consumo dos contextos sociorrelacionais e das história de vida dos usuários:

“É uma população tão desprovida que muitas vezes o uso de substâncias vem para fazer esquecer muita tragédia” (E2).

“Por detrás [da droga existe] muitos outros sofrimentos, que muitas vezes não são nomeados, não se consegue nomear (...) As pessoas sempre usaram, usam e sempre vão usar drogas, mas é uma pequena parcela que vai desenvolver alguma problemática com ela. As que desenvolvem problemas com o uso de substâncias, sejam eles quais forem, muitas vezes trazem para a gente questões sociais muito profundas, arraigadas em todo esse processo de vida, que é perpassada por uma história de violência, violência doméstica, sexual” (E7).

Outro aspecto considerado por esses entrevistados é o de que condições sociais desfavoráveis e fragilidades emocionais atuam como geradoras ou agravantes do desenvolvimento de problemáticas associadas ao consumo:

“A substância entra em dado momento da existência desse sujeito e acaba preenchendo muitas lacunas desse universo existencial e afetivo, fazendo com que ele tenha um problema, uma questão com a substância, que é muitas vezes agravada pela situação social em que ele se encontra, pela sua situação emocional, ou mesmo que tem uma questão psíquica que traz de base ou que acaba desenvolvendo por um uso abusivo (...)” (E7).

Para 3 dos entrevistados o álcool é a droga mais consumida entre os usuários dos CAPS ad. Consideram que o cuidado à esses usuários traz desafios especiais, particularmente nas situações onde há a emergência da síndrome de abstinência:

“Alguns acabam desenvolvendo uma dependência de fato, principalmente por conta do álcool, que é o que a gente mais vê [desenvolver] a síndrome de abstinência” (E7).

“A maioria tem problemas com múltiplas drogas, mas a droga de escolha acaba sendo o álcool. Trabalhar com esse [usuário] é um grande desafio, porque [pode haver] abstinência grave. A maioria das vezes o álcool é tudo que ele tem, só se vê a partir disso, mas, ao mesmo tempo, é o que o prejudica” (E5).

5 entrevistados percebem os usuários como exigentes e imediatistas na forma como interagem com as equipes e serviços. A exigência é exemplificada por situações em que os usuários se sentem pouco satisfeitos com as propostas e articulações das equipes, e pelas condutas de insistência acerca do que desejam ou referem necessitar:

“O usuário de substâncias que está na rua deve ser a clientela mais exigente que o SUS tem, nada está bom” (E2).

“Em outro momento pensamos em deixar [visível] na ambiência todos os grupos que a unidade tem. Só que a maior parte da equipe não quis, achando que os usuários iam exigir muito” (E5).

O imediatismo se refere às situações e aos pedidos que possuem caráter de urgência e de resolução imediata. O imediatismo denota o desejo de que os problemas e sofrimentos sejam respondidos pelas equipes com prontidão. 1 entrevistado relaciona esse aspectos aos contexto de vida e ao sofrimento vivenciado pelos usuários:

“Uma das características que fui observando nessa clínica, até pensando na necessidade destas pessoas que são atendidas no CAPS, que é da vida em geral, mas nessa população, especificamente, tudo é muito imediato, tudo é o aqui e agora” (E8).

“Eles são muito imediatistas. A gente precisa olhar isso, que se dá a todo tempo – eu quero tudo para ontem (...) Eles pedem, exigem. Eu me lembro que quando entrei no ad me vi nesse processo de dar respostas imediatas àquilo que eles cobravam” (E5).

A produção de respostas frente às condutas imediatistas é considerado por 1 dos entrevistados como um desafio para as equipes, na medida em que o tempo das demandas e necessidade dos usuários não coincide com o tempo de construção das propostas assistenciais, o que pode gerar rompimentos no vínculo dos usuários com os serviços de saúde:

“Esse lugar do imediatismo é muito presente (...) Isso gera um conflito, porque a pessoa chega lá e a resposta que ela quer é imediata. Então acaba entrando nesse círculo do imediatismo. Porque ele realmente precisa de resposta para ontem, está sofrendo. São respostas que vão sanando problemas de imediato, e como é que a gente oferece algo para esse sujeito para que ele volte? É um desafio” (E7).

3 entrevistados relacionam as condutas imediatistas aos efeitos experimentados no uso de drogas, e as compreendem como estando vinculadas ao universo simbólico e sensorial do consumo enquanto prática que gera satisfação imediata, ainda que efêmera e momentânea, que implica na dificuldade de exercitar a espera:

“A gente precisa entender esse perfil de prazer imediato, e tentar trabalhar isso” (E5).

“É quase da relação com a sensação de uso, um momento [no qual] eu sinto, eu resolvo, eu faço. E são instantes, [os usuários] não têm uma coisa muito perene” (E8).

“A substância traz uma resposta imediata, o efeito dela é imediato” (E7).

A respeito da dificuldade de garantir a continuidade do cuidado, 4 entrevistados percebem os usuários como pessoas instáveis e inconstantes e associam tais características a existência de dificuldades pessoais de manter e sustentar uma rotina e de dar continuidade à participação nas atividades terapêuticas, o que resulta em frequentes oscilações no acompanhamento:

“O sujeito tem dificuldade em aderir, aderir não sei se é a palavra correta, mas de ter uma rotina, então ele começa a participar e na semana seguinte ele não vem” (E2).

“No geral eu acho que a rotatividade dos usuários é um dos maiores obstáculos (...) isso é bem particular de ad, pelo menos do meu CAPS: os usuários ora estão, ora não estão” (E5).

“É lógico que a clínica do ad é bastante instável. Às vezes o usuário está indo super bem e, de repente, ele dá para trás, retoma, retrocede (...) muitos vão e voltam, oscilam bastante” (E4).

Para 1 dos entrevistados, a dificuldade na continuidade do cuidado pode ser relacionada à fatores contextuais que os usuários enfrentam no desenvolvimento de suas vidas, como a inserção em trabalhos temporários e as constantes e abruptas intenações:

“(...) No Ad [os usuários] são mais dinâmicos, eles arrumam emprego, migram de território, são internados do nada, tem essa dinâmica” (E7).

Tais aspectos são compreendidos por 3 entrevistados compreendem que tais aspectos são desafiantes e frustrantes ao mesmo tempo, na medida em que criam expectativas de que os usuários cumpram com assiduidade e constância as propostas ofertadas. Para 1 entrevistado considera que este processo pode levar a condutas hostis e condenatórias por parte dos próprios profissionais:

“Então o projeto e os grupos que pensamos com eles, tem usuários que cumprem e outros que não conseguem, e isso dificulta um pouco” (E5).

“O profissional tem que saber lidar com isso, porque senão essa expectativa (...) vai gerar uma frustração nele, porque as pessoas não vem. O profissional tem que trabalhar consigo para não entrar nisso, tem que saber que é uma clínica dinâmica, que as pessoas vão e vem, mas tem pessoas que vão frequentar de forma assídua” (E7).

“A gente tem que estar preparado para isso, porque senão a gente retalia o usuário – eu já não quero investir em você, já tentei tudo e você não vai para frente. Então a clínica do ad é uma clínica que faz a gente persistir bastante, porque muitos usuários não vão desenvolver como a gente espera” (E4).

1 entrevistado percebe que há a tendência em definir os usuários como manipuladores e propensos a enganar seus familiares e os profissionais, como se fosse uma característica intrínseca, o que resulta em preconceitos e limitações de abordagem por parte das equipes:

“Quando entrei no CAPS uma das coisas que me incomodava muito era a fala recorrente de que todo dependente químico é manipulador (...) essa história do transtorno de personalidade – ah, porque eles são manipuladores, são desse jeito, é transtorno de personalidade, só de olhar para cara [da pessoa que] você já sabe. (...) É algo muito forte – está dado (...) é muito mais fácil a equipe ver dessa forma, e já justifica toda uma ação porque o sujeito é assim, tem transtorno de personalidade (...) E o que vai mudar se o cara é manipulador, mentiroso, engana a família, o que eu vou fazer para mudar? [Para mim] isso é do ser humano, independente se ele faz uso ou não, de nós como um todo, e não do cara que é considerado um dependente químico. E aí você fecha como se fosse [algo natural] desse jeito. E isso dificulta você pensar como trabalhar com esse usuário, com essa família” (E5).

5.2.2. Agrupamento 2: A produção das respostas assistenciais e a organização das práticas

O segundo agrupamento fundamenta-se na perspectiva dos entrevistados acerca de como concebem e compreendem o papel do CAPS ad e suas abordagens dirigidas às populações usuárias de drogas, e sobre como compreendem, constroem e organizam suas práticas, visando produzir respostas às suas necessidades.

Aos dados coletados foi empregada a análise temática descritiva, visando apreender os aspectos e os meios para conceber as práticas nos processos de trabalho e do cotidiano dos serviços.

Foram construídas relações entre estes códigos, agrupados em duas categorias temáticas: a primeira, denominada ‘a compreensão sobre o papel do CAPS ad e as abordagens aos usuários’, remete à forma como os profissionais percebem e compreendem o lugar e o papel do serviço na problemática associada ao consumo de drogas, e como concebem e desenvolvem suas abordagens visando a atenção aos usuários. A segunda, denominada ‘a pertinência das práticas grupais no contexto do CAPS ad’, abarca o modo como compreendem o papel dos grupos na construção de processos de trabalhos e ofertas assistenciais. Esse agrupamento se justifica pela intenção de conhecer concepções e práticas relacionadas ao desenvolvimento dos grupos, mediante aspectos contextuais e institucionais que definem lógicas e práticas na construção destas ofertas assistenciais.

5.2.2.1. A compreensão sobre o papel do CAPS ad e as abordagens aos usuários

Existe o consenso de que os CAPS ad lidam com questões complexas. Os entrevistados relacionam tal complexidade à vulnerabilidade social e à precarização das condições de vida e dos laços sociais dos usuários, o que determina a compreensão acerca das problemáticas e das abordagens que constroem visando o cuidado:

“Esse sujeito, que faz uso problemático, abusivo ou prejudicial de drogas, é um sujeito complexo. Está dentro de uma dinâmica social também complexa, e passa por n vulnerabilidades e desigualdades” (E6).

“É uma questão muito complexa a pessoa que tem problema com álcool e drogas. Não tem como a gente reduzir ao biológico, meramente à causa e efeito (...) Depois de um tempo, criando um vínculo, [o usuário] consegue falar de traumas de infância, de adolescência, de violência” (E7).

6 entrevistados reconhecem os limites do serviço e a necessidade de articulação com uma rede mais ampla de recursos. Compreendem que o CAPS ad não deve centralizar apenas em si a produção do cuidado. Para que as equipes destes serviços possam produzir respostas satisfatórias às necessidades dos usuários, é necessário ter clareza sobre os recursos que dispõem diretamente e sobre aqueles que devem ser ativados em outros âmbitos:

“A gente tem que qualificar o CAPS para que ele não se limite a uma esfera da vida do sujeito, a moradia, a alimentação, porque o CAPS não vai oferecer moradia (...) não é uma sala de uso seguro ou uma clínica de drogas. Temos que ter bem claro qual é o funcionamento do CAPS, o que é um acolhimento noturno, o que é alimentação no CAPS, o que é um PTS, para que a gente dê um bom andamento no serviço” (E6).

“A partir das necessidades é que a gente pensa como dá para trabalhar esse sujeito, essas questões, mesmo sabendo que toda essa demanda não vai ser responsabilidade de um único serviço, que é o CAPS ad” (E6).

“[O usuário] apresenta uma série de coisas e a gente precisa filtrar. Algumas coisas a gente consegue trabalhar no CAPS, outras não. Não vou conseguir resolver a vida desse sujeito” (E5).

Para 4 entrevistados, compete ao CAPS ad assumir a responsabilidade de viabilizar e assegurar respostas às necessidades dos usuários, mediante a escuta comprometida com as questões por eles vivenciadas e a articulação com outros recursos territoriais e comunitários:

“Eu acho que esse serviço tem a responsabilidade da escuta responsável, que é: eu acolho essa informação e direciono para onde ela deve ser direcionada, a fim de que aquela questão também seja trabalhada, seja defensoria pública, um centro de acolhida, um centro de convivência, uma psicoterapia individual, uma unidade de acolhimento. Muitas possibilidades” (E6).

“Às vezes a necessidade [do usuário] é passar com o técnico de referência, com o atendimento psicológico, para a gente poder entender, sanar e encaminhar para outros serviços e ir articulando o caso” (E1).

“Eu atuo em um serviço de atenção especializada para dependência química. Você não vem aqui fazer tudo (...) saber disso implica diretamente em como você atende o sujeito (...) você aprende a buscar articulação e reabilitação psicossocial de uma outra forma” (E2).

3 dos entrevistados reiteram o caráter complexo das problemáticas e refletem sobre as dificuldades encontradas pelo CAPS ad no enfrentamento de questões que são determinados por aspectos da conjuntura sociopolítica mais ampla e estrutural:

“A gente, de fato, só reduz danos, não consegue ir muito longe. Ficamos trabalhando nessa superfície, com o que se apresenta, pois é um problema muito maior, estrutural, de políticas públicas” (E5).

8 entrevistados compreendem que devem evitar reforçar posturas e concepções que condicionam as práticas de cuidado à interrupção do consumo de drogas. Para eles, é necessário mediar a percepção dos usuários sobre o problema identificado, para que outras determinações possam se tornar visíveis e enunciáveis pelos próprios usuários:

“No início é como se eles só existissem a partir da droga, depois vamos resgatando, falando de outras vivências, outros momentos que não da droga (...) Cabe aos técnicos tentar tirar um pouco disso, senão a gente só fortalece” (E5).

“Tentamos encontrar o que são essas coisas não nomeadas pelos sujeitos, mas que eles trazem, cada um da sua forma. Cada um consegue nomear de uma forma, através da violência ou do silêncio, da tristeza ou de alguma substância” (E7).

“Nosso trabalho acaba tentando fazer com que eles ampliem essas possibilidades, não tão focado na substância em si, mas focado em outros aspectos da vida” (E10).

Para 7 entrevistados, as abordagens devem estar centradas na escuta e no diálogo, visando identificar e organizar respostas ao que percebem como necessidades dessa população. Condicionam o desenvolvimento do cuidado à processos relacionais entre eles e os usuários e de construção de necessidades:

“De imediato, a gente recebe do jeito que eles falam. [O cuidado] vai sendo construído conforme você vai conversando, atendendo, pensando e elaborando junto com ele o projeto terapêutico (...) E temos que ir costurando e puxando várias coisas que ele perdeu na vida. Tentamos tirar o foco que ele dá, inicialmente, na droga, e pensar nas outras áreas da vida – ah, você está falando de família, de emprego, de lazer, etc. Vamos pensando também nos grupos para que possam ajudar ele a dar prosseguimento na vida” (E5).

“Eles não tem muita noção do que seria uma melhora, então gente constrói com eles essas necessidades. Quais seriam? Voltar a fazer parte da sociedade, ter contato com a família. Fazer avaliações para ver a questão da saúde. Vamos trabalhando essas mudanças, se as escolhas que eles foram fazendo até agora tem a ver com o que eles querem dali em diante” (E3).

7 entrevistados declaram que buscam alinhar suas abordagens às escolhas dos usuários, e compreendem como foco do trabalho o fortalecimento da qualidade de vida. Desta forma, a continuidade ou a interrupção do consumo não é vista como exigência para o cuidado desenvolvido no CAPS ad, visto ser redução de danos a diretriz que norteia as abordagens:

“Nós trabalhamos com redução de danos. O foco é a qualidade de vida do sujeito, não a abstinência total. A qualidade de vida independe da pessoa estar em uso ou não (...) Há casos em que é necessário focar na abstinência total em função de problemas físicos, orgânicos. Mas a gente não deixa em nenhum momento de respeitar a escolha do paciente” (E3).

“Acho que o trabalho no CAPS precisa contemplar não só o entendimento [das vulnerabilidades], mas também trabalhar com as vulnerabilidades, a fim de que o sujeito consiga ter outra perspectiva (...) de que seja mais saudável sobre seu uso de substâncias. Se ele vai continuar usando ou não, não é o foco da questão” (E6).

Todavia, 4 desses entrevistados percebem que não são todos os profissionais que aderem a essa lógica centrada no usuário e na qualidade de vida. Observam que, entre seus pares, permanecem lógicas baseadas na promoção da abstinência, o que expressa a presença de 2 dois tipos de diretrizes no CAPS ad, mesmo que a redução de danos seja a preconizada pela Política:

“Quando eu entrei, isso era muito forte, e hoje ainda existe a questão da abstinência. No momento de dar alta, eu percebo muito forte isso nos técnicos (...) de quantos meses o usuário está abstinente” (E5).

6 entrevistados compreendem que as abordagens devem estar orientadas para a promoção de fatores individuais e sociais que facilitem a inclusão social da população atendida, o fortalecimento de recursos, redes de apoio e resgate da cidadania:

“O cuidado no CAPS [deve] conseguir desenvolver habilidades sociais que consigam fazer com que o sujeito retorne ao seu cotidiano, às relações sociais, parentais, consiga reestabelecer essa cidadania muitas vezes perdida no decorrer da vida” (E7).

“O trabalho com a família é essencial (...) Não só com a família, mas com a rede de apoio informal que eles tem com o vizinho, com o cara da venda que não vende mais bebida” (E3).

4 entrevistados relatam que as suas equipes buscam mediar e facilitar a inclusão da população atendida em outros serviços vistos como necessários para o desenvolvimento da atenção integral. 2 deles compreendem que estas abordagens são importantes, principalmente por perceberem que os usuários em situação de vulnerabilidade ou desfiliação social enfrentam maiores dificuldades no acesso e na utilização dos recursos sociocomunitários:

“Na relação social, ela é completamente desprivilegiada. Um exemplo é, o sujeito quer vaga no centro de acolhida. O correto seria ir lá no CRAS, pedir a vaga e ter. Isso não acontece. Mas acontece quando vai acompanhado por um profissional do serviço” (E2).

“Temos tentado a aproximação com a Assistência [Social] para melhorar a visão sobre os usuários, e fazer matriciamento para tentar melhorar o acesso [dos usuários], porque os mais vulneráveis acabam ficando sem lugar” (E10).

5.2.2.2. A pertinência das práticas grupais ao contexto dos CAPS ad

As práticas grupais possuem representações diversas na construção do cotidiano assistencial dos CAPS ad. Essa construção envolve a compreensão sobre o papel que os grupos possuem na atenção e os sentidos que lhes são atribuídos, assim como o exercício de práticas implicadas na organização do processo de trabalho das equipes, como o planejamento, a proposição e a revisão das atividades assistenciais.

É consenso entre os entrevistados que as práticas grupais são pertinentes ao contexto do CAPS ad e parte característica do modelo de Atenção Psicossocial, no que concerne a produção das respostas assistenciais. No geral, os grupos possuem

reconhecimento positivo entre os entrevistados, que atribuem a essas práticas um status de relevância entre os recursos que as equipes utilizam para definir suas ações.

“Os grupos acabam sendo o carro-chefe do CAPS ad (...) são as atividades principais. No projeto terapêutico do serviço em si, temos uma grade de atividades (...) é o principal, o grosso do CAPS” (E10).

“Os grupos norteiam o trabalho no CAPS, pois não é um trabalho ambulatorial no qual a gente atenderia apenas na profissão” (E9).

“A prática de grupo no CAPS ad é bastante válida, principalmente por conta do retorno que tem” (E4).

A maioria dos entrevistados relaciona os grupos à diversificação de atividades assistenciais que as equipes propõem e desenvolvem, com a finalidade de intervir sobre aspectos individuais específicos relacionados às demandas e necessidades da população atendida:

“Os grupos têm como proposta tentar abraçar as questões dos indivíduos. Por exemplo, se eles tem questões mais voltadas para a rotina, pode participar de tal grupo; se tem questões mais internas, participa de outro grupo; se está precisando de oficinas terapêuticas ou de atividades manuais, etc. Enfim, é pensando em abraçar o maior número de demandas que os usuários tenham” (E9).

“No CAPS, tentamos identificar quais grupos ajudariam essa pessoa pelo momento que ela está passando, pelo grau de adesão que ela vai ter (...) então a individualidade também é vista [por nós], apesar de aparecer nos grupos” (E4).

Sobre o processo de definição das atividades assistenciais dos CAPS ad pelas equipes, 8 entrevistados compreendem os grupos como práticas adequadas à composição de grades de atividades, programas terapêuticos ou projetos terapêuticos dos serviços.

“Quando a gente vai pensar na “grade” na grade terapêutica, a gente tem muita dificuldade de abrir mão de grupos, de tão importante e de tão potente que a gente vê aqueles espaços” (E1).

Ainda que os grupos sejam percebidos, pela maioria dos entrevistados, como recursos importantes para a definição das atividades a serem realizadas pelas equipes, 3 entrevistados reconhecem que há o risco de tomar essas práticas como recursos institucionais para organizar atendimentos do elevado número de usuários:

“Eu acho que tem um super lugar dentro dessa clínica, do serviço CAPS. Mas não acho que seja o único lugar, pois a gente vai entrando na lógica de que temos um número muito grande de pessoas para atender, para organizá-las em grupo” (E8).

7 entrevistados declaram que em seu cotidiano os serviços ofertam grande quantidade de grupos. A oferta de atividades grupais é diária e ocorre em todos os períodos de funcionamento dos serviços.

“O CAPS tem bastante grupos, mas não sei informar a quantidade. Todos os dias têm, no mínimo, dois grupos por período, incluindo oficinas, que temos em menor número” (E5).

“Os grupos existem nos dois períodos. A gente consegue abarcar todo mundo, quem consegue ir pela manhã e quem consegue ir a tarde” (E6).

“No serviço que estou teve um momento [em que tínhamos] a “grade” de atividades, que é um nome horrível, mas que era bem real, muito cheia, uma sequência de grupos das oito da manhã às cinco horas da tarde” (E8).

O planejamento das atividades assistenciais

Para todos os entrevistados, a proposição da organização das práticas que o serviço oferece, que inclui os grupos, bem como os processos de avaliação coletiva dessas propostas, são realizados em reuniões de planejamento. Geralmente essas reuniões acontecem uma ou duas vezes ao ano, ou, a depender da necessidade, mais vezes. O planejamento é baseado nas atividades que poderiam ser ofertadas pelas equipes, definindo, assim, o cotidiano assistencial dos CAPS ad:

“A gente revê uma ou duas vezes ao ano nas reuniões de planejamento. Marcamos uma data anual para rever, mudar propostas, colocar novos grupos” (E9).

“A gente discute a grade no final do ano, para pensar o que queremos no ano que vem. Mas em alguns casos como, por exemplo no meio desse ano, quando a gente identificou um dia da semana que não tinha grupos, foi possível pensar em uma proposta. Mas, normalmente, de novembro a dezembro, a gente articula essas grades para exercer no outro ano” (E4).

Para a maioria dos entrevistados, as atividades assistenciais são planejadas e programadas pelas equipes e visam responder questões provenientes da organização de seus processos de trabalho e as necessidades dos usuários:

“Da minha experiência como coordenadora de grupos no CAPS, a proposta sempre parte de uma discussão em reunião de planejamento (...) Junto com a equipe, vamos elencando quais as temáticas que gostaríamos, enquanto trabalhador e equipe, oferecer para o serviço. A gente vai se envolvendo dessa maneira” (E2).

“Isso demanda bastante. A gente precisa primeiro articular quem vai fazer atividades externas, quem vai fazer matriciamentos, para depois conseguir articular quem vai fazer as atividades de grupo” (E4).

“A gente vê se a grade está de acordo com a nossa proposta, com o que a gente pensa das necessidades dos pacientes daquele momento” (E10).

Esta prática resulta do engajamento dos profissionais em processos de negociação de desejos, de definição de interesses e disponibilidades, e de tomada de decisão a respeito do que será ofertado, por quem e em qual momento. Para 4 entrevistados, o planejamento realizado nestas reuniões reflete a existência de lógicas pragmáticas que investem os processos de tomada de decisão acerca da oferta de grupos:

“Essa eleição de quem vai fazer o grupo é muito mais um arranjo de grade do que uma avaliação técnica” (E8).

“Mediante a disponibilidade de pessoas para fazer [os grupos], o sentido que isso tem e como vai ser feito é que vai se dar a formação desses grupos” (E7).

A construção das propostas grupais

Segundo os entrevistados, a proposição da oferta de grupos está ancorada em 3 dinâmicas: a primeira, relacionada à leitura que os profissionais fazem acerca das necessidades e demandas que identificam como sendo dos usuários; a segunda diz respeito ao que as equipes consideram ser importante ofertar; e a terceira, àquilo que os usuários sugerem diretamente nos espaços institucionais de participação, como as assembleias dos serviços.

6 entrevistados afirmam que os grupos são concebidos em respostas às demandas e necessidades ou, mais genericamente, como respostas aos perfis dos usuários. Essa identificação acontece mediante observações e interpretações que realizam nos encontros com as pessoas atendidas no contexto de suas atividades:

“Desde que entrei no CAPS é desse jeito, a gente tenta planejar e pensar o grupo a partir da identificação da demanda, por exemplo, nas conversas com o usuário nos atendimentos de referência. É mais ou menos assim que a gente constrói os grupos” (E5).

“Os grupos novos que criei foram pensados pelo perfil da clientela. A gente vê que tem vários usuários com o mesmo perfil, então pensamos em criar um grupo para aquele perfil, para aqueles usuários” (E9).

“Nos grupos que fazemos, os funcionários participam porque propuseram o grupo, entendendo as demandas dos pacientes” (E3).

Para 5 entrevistados, a proposição dos grupos é orientada pelo interesse, predileção ou habilidades prévias dos profissionais, que geralmente estão associadas a determinados saberes, práticas, crenças e valores pessoais ou profissionais:

“Acho que tem essa questão, do que [o profissional] gosta e do que não gosta de fazer. A proposição de grupos, geralmente, passa por isso – o que eu, profissional ou pessoa, gosto de fazer ou tenho habilidades ou consigo propor. Essa é uma tensão constante no serviço” (E8).

“Cada serviço usará da história do profissional que está a frente do grupo. Muitos levam aquilo que faz sentido para eles, mas não pensam o que faz sentido para o outro. Alguns levam as bandeiras que acreditam” (E7).

A contradição presente nessa postura é percebida por 4 entrevistados que consideram a proposição dos grupos pode refletir a dissociação entre as preferências profissionais e o interesse ou desejo dos usuários. Para eles, o que a população atendida identifica como necessidade de cuidado pode não corresponder ao que os profissionais julgam ser importante ofertar:

“Cada um tem a liberdade de pensar como quer. Se você tem interesse em um grupo, viu que tem demanda, faz. Mas muitas vezes é só interesse do técnico, e quando ele leva para a equipe a gente percebe que é da vontade do técnico e não do usuário” (E5).

“Acho que a grande questão é que esses grupos não surgem como demanda dos usuários, mas como algo que a gente entende que seria interessante para eles. Esse é um ponto preocupante (...) pensar não a partir da perspectiva do que aquele sujeito identifica que precisa ser trabalhado, mas o que a gente acha que precisa ofertar (...) Estamos nesse processo de discutir, de fato, os grupos que temos hoje. Mas ainda assim está nesse funcionamento de oferecer um cardápio [de atividades]” (E1).

“Desde o início que estou trabalhando no CAPS, a primeira tensão que vejo é sobre o lugar que cada grupo vai ocupar dentro da estrutura do serviço e nas demandas dos usuários. É bem difícil identificar se o grupo está respondendo a um desejo do profissional que está propondo, ou se está, de fato, respondendo a uma demanda da pessoa que está ali buscando tratamento” (E8).

3 entrevistados explicam que a decisão e validação das propostas de grupo é realizada nas reuniões de planejamento, onde projetos de grupo são apresentados às equipes, a partir do pré-estabelecimento de objetivos, com o intuito de compartilhar sugestões e mudanças. 1 destes entrevistados afirma que essa forma de propor grupos resulta da simplificação dessas construções:

“Não temos uma exigência muito alta. A única coisa que se pede é para colocar o objetivo, descrever qual o propósito da atividade, justificativa, público-alvo em um projeto simples. A gente apresenta na reunião geral, e a equipe vai sugerindo” (E5).

“Os técnicos trazem suas propostas de grupo e a gente sempre pede que tenha um embasamento científico, com objetivo claro do que vai ser proposto em cada grupo” (E10).

1 entrevistado compreende que, quando a equipe identifica a necessidade de ofertar determinado grupo e não há profissionais dispostos a assumir a proposta, a equipe então verifica a disponibilidade nas agendas:

“Um outro grupo que a gente vê que tem necessidade e os técnicos não tem interesse, mesmo o serviço precisando que alguém trabalhe isso, a gente vê na grade quem tem disponibilidade e pode assumir” (E5).

No que se refere a participação dos usuários na construção das propostas de grupo, 4 entrevistados referem que isso acontece parcialmente, na medida em que as equipes incorporam temas sugeridos pelos usuários nas assembleias dos serviços:

“A gente fez uma atividade coletiva para trabalhar um assunto que os usuários trouxeram em assembleia (...) eles queriam uma palestra, e fomos entendendo que uma palestra pontual não cessaria o assunto. Nossa ideia foi que continuássemos trabalhando isso nos grupos” (E2).

“Em assembleia, os usuários iniciaram uma discussão, pedindo que o CAPS os ajudasse na inserção no mercado de trabalho (...) uma usuária muito ativa no CAPS começou e os outros concordaram com ela. Achei sensacional, porque, de fato, veio deles (...) conversamos que, em vez de criar outro grupo, o grupo que faço deveria retomar essa proposta” (E5).

Segundo 2 entrevistados, outra forma de envolver os usuários nas decisões consiste em apresentar as propostas elaboradas pela equipe na assembleia. 1 dos

entrevistados considera que assim pode se estabelecer uma relação mais horizontal com os usuários:

“Quando a proposta surge dos profissionais, isso é discutido em equipe para depois ser levado para assembleia e ser discutido com os usuários. Tem essa coisa mais horizontal de passar em reunião, passar em assembleia, de pensar juntos, dar ideias” (E7).

Outro entrevistado compreende que essa dinâmica não é o suficiente para ampliar a participação, na medida em que as propostas são produzidas de forma vertical, e não estimulam formas mais qualificadas de engajamento e participação de todos os atores nesse processo:

“Quando construímos as propostas de grupos do CAPS, geralmente as formalizamos em assembleia. Minha equipe peca um pouco nisso, porque a gente pensa nas propostas e leva para a assembleia. Entendo que muita coisa já vai mastigada, falta um equilíbrio” (E6).

Para a maioria dos entrevistados, a participação dos usuários na proposição das ofertas assistenciais é vista como um desafio. 4 entrevistados percebem que os processos decisórios centrados nos interesses e desejos dos profissionais, bem como na interpretação que fazem sobre as necessidades dos usuários, reflete a baixa inclusão deles nos processos de participação, planejamento e proposição das ações assistenciais:

“Uma coisa difícil é construir junto com o usuário a proposta grupal. Quando vem da gente, falamos ‘acho que é importante ofertar isso, sou oficinairo e tenho experiência com teatro, vou fazer um grupo de teatro’. Mas quando o usuário pede algo para a gente, é sempre difícil, a gente sempre contra-argumenta” (E8).

“Já estou nesse CAPS há cinco anos e já tive diferentes grupos. Mas é sempre essa percepção, de que a demanda parte, em princípio, da leitura que a equipe faz da necessidade do usuário, não necessariamente é um pedido claro do usuário que, geralmente, não conseguimos atender (...) Hoje eu atuo em cinco grupos, que tem propostas diferentes, mas que tem a ver com o serviço [ofertando algo ao] usuário” (E2).

A dificuldade de inclusão dos usuários é compreendida por 1 dos entrevistados pela forma como a sua equipe compreende e se engaja nas assembleias, o que pode ser resultado de aspectos institucionais impeditivos associados à gestão do tempo e das demais atividades a serem realizadas:

“Ainda que seja muito difícil que os usuários pensem no que eles querem, a gente precisa ocupar esse lugar de quem vai dar esse espaço, que vai provocar e tensionar para que eles pensem e cheguem em uma produção, por mais trabalhoso que seja. Mas os serviços não estão dispostos a fazer coisas trabalhosas assim, de muitas horas” (E6).

A revisão das atividades assistenciais

A revisão dos arranjos organizacionais e das atividades assistenciais é um tema que aparece com frequência em todas as entrevistas. O engajamento dos profissionais em práticas de revisão de suas ações e das “grades de atividades” é uma tarefa que acontece nas reuniões de equipes:

“O projeto do CAPS em si tem que ser revisto com uma certa periodicidade. Rever essa grade e como funcionam essas atividades (...) é construído com a equipe” (E10).

Para 9 entrevistados, situações de mudança ocasionadas pela entrada de novos profissionais nos serviços e nos grupos já existentes, ou decorrentes de alteração na gestão, podem impulsionar transformações nas propostas grupais existentes:

“Quando entrei já existiam esses grupos, e eu fui me encaixando (...) Vamos adequando ou reformulamos a proposta dos que já existem” (E9).

“Na época quando entrei o serviço passava por uma mudança de OSS e de gestor. Os grupos foram discutidos, cortados pela metade porque tinha uma quantidade muito grande de grupos que eram pouco frequentados. Era discutido como eram esses grupos, como poderiam ser melhorados. Isso abriu para discutir aqueles grupos que eram muito fechados, de profissionais que levavam como se fosse deles” (E7).

6 entrevistados compreendem que os processos de revisão contribuem para o compartilhamento sobre o que vem a ser cada proposta grupal, seus objetivos e características, e relacionam esse aspecto à possibilidade de qualificar a inclusão de usuários nas diferentes ofertas dos serviços:

“Nesse processo pudemos entender qual o sentido, qual a função desses grupos, até para que a gente conseguisse trazer para os usuários o que eram aqueles grupos, o que seria interessante para aquele usuário que você está atendendo ou acolhendo” (E7).

Apesar dos processos de discussão e revisão, 4 destes entrevistados referem não compreender, ao certo, quais são os objetivos e as intencionalidades de muitos grupos que são propostos e realizados pelos seus pares:

“Às vezes as propostas de alguns grupos não eram claras, então acontecia dos profissionais de outro período não terem clareza sobre como encaixar usuários nos grupos” (E9).

“Tem grupos que eu não sei o que significam ou o que é feito, e estou aqui há um tempo, e os pacientes vão sendo inseridos neles quando chegam” (E10).

Em relação ao processo de revisão dos grupos, dois aspectos chamam atenção nas entrevistas. O primeiro diz respeito à presença de lógicas pragmáticas e a fragilidade da problematização e da análise das práticas que são desenvolvidas. O segundo aspecto refere-se ao reconhecimento de que a centralidade das ações profissionais na oferta de grupos tende a limitar a realização de outras práticas, consideradas relevantes para a produção do cuidado integral.

O pragmatismo, relatado por 8 entrevistados, denota a utilização de recursos simplificadores de análise das atividades grupais voltados para avaliar resultados práticos e imediatos referentes ao funcionamento e produtividade institucional:

“Do ano passado para cá mudamos o nome de grade para programação terapêutica (...) Revemos os grupos no sentido de saber se está funcionando ou não; se tem gente frequentando ou não tem; se faz sentido ter ou não; se vai colocar alguma coisa no lugar e, se for, como vai fazer isso?” (E1).

“Que grupos vão ficar, quais identificamos que estamos precisando, enfim, vamos analisando a longo do ano. Se os grupos que temos na grade estão contemplando, se tem grupos que não estão fazendo sentido, se tem grupos que precisam acontecer em mais de um período, porque tem usuários que precisam” (E4).

“Quando a gente reformula, os grupos vão sendo abordados assim – ‘o que a gente mantém? É importante ter um espaço de conversa, então podemos ter um grupo para conversar. Quem vai fazer o grupo?’” (E8).

3 entrevistados consideram ser importante abordar nas reuniões questões que vão além da análise simplificadora das práticas, mas reconhecem que há ausência de problematização e reflexão sobre os grupos. 1 destes entrevistados relaciona essa ausência de problematização à dificuldade da equipe em encontrar tempo para investir nessas reflexões, devido à sobrecarga de trabalho:

“Quem tem condição de manejar, coordenar, um grupo verbal? Esse grupo verbal seria uma psicoterapia em grupo? Seria uma abordagem específica? Esta discussão é bem difícil de ser feita no contexto do CAPS” (E8).

“Falta discutir no planejamento do serviço a importância dos grupos na prática, até para desconstruir essa ideia do atendimento individual somente ou da medicação, pensar na importância do grupo. Eu pessoalmente nunca presenciei algum planejamento que contemplasse essa discussão. Chegou a ter uma discussão sobre o que era aquele monte de grupos, que não diziam nada, que só existiam porque eram feitos há muito tempo. Acho que falta espaço para isso, os serviços acabam sendo tomados pela demanda e não conseguem fazer essa discussão” (E7).

4 entrevistados compreendem que o excesso de propostas grupais pode limitar e dificultar a realização de outras atividades consideradas relevantes para o cuidado. 3 entrevistados relatam que essa reflexão foi levada pela equipe às reuniões de planejamento, o que resultou em mudanças na organização das práticas dos profissionais:

“Na gestão anterior, tínhamos uma grade com muitos grupos. Para a gestão nova, não dá para ter só grupos preenchendo todos os horários, porque fica um excesso. Mesmo com a redução de grupos, ainda fica um excesso de propostas grupais, porque isso dá um não lugar, por exemplo, para a ambiência” (E6).

“Em alguns momentos em que repensamos o serviço, entendemos que precisávamos estar em outros lugares, como no território, nas discussões de caso, na construção de projetos terapêuticos partilhados. Então não dava para ter um serviço inchado de ofertas grupais e a gente não conseguir transitar por outros espaços de vida desses sujeitos” (E8).

1 dos entrevistados declara que encontrou resistência por parte da sua equipe em abordar essa questão, e a relacionou à dificuldade dos seus pares em identificar-se com um projeto assistencial implicado com estratégias mais abrangentes, desenvolvidas em rede. Outro aspecto criticado diz respeito ao sentido das práticas e o risco de resultarem apenas em preenchimento de tempo.

“Lá a gente tem bastante grupos (...) e nisso acabamos deixando de trabalhar muitas outras coisas, como o território, a rede, os familiares, as visitas domiciliares, e a gente está ali nos grupos, grupos e mais grupos. Quando a gente foi rever os grupos, nessa nova programação terapêutica, a minha ideia era a gente reduzir o número de grupos para termos mais tempo para as outras frentes de cuidado, mas as pessoas não quiseram abrir mão dos seus grupos. Eles defendiam que era importante ter. Mas tem que acontecer aqui? Não tem outros espaços que [os grupos] acontecem e que a gente pode encaminhar [os usuários]? Não tem como articular com a UBS e fazer o grupo lá em loco, e a gente se desloca e faz lá? (...) Como se o tempo todo tivesse que ter atividades, uma fábrica de grupos. Não sei o quanto de

efetividade tem, o quanto de terapêutico tem, ou o quanto é um espaço de preenchimento de tempo” (E1).

2 entrevistados percebem que há dificuldades por parte de alguns profissionais em reavaliar as propostas. Relacionam essa dificuldade à rigidez e ao apego em relação ao que já realizam, o que pode resultar na manutenção de propostas grupais como fim em si mesmas e dissociadas de projetos terapêuticos que resultam em inclusão social:

“Os pacientes, às vezes, vão ficando ad eterno, vão ficando dez anos nos grupos (...) Tem profissionais das antigas que tem resistência em modificar suas propostas, querem mantê-las, apresentam uma forma muito rígida de trabalhar” (E10).

“A gente fica com grupos que não fazem sentido por muito tempo até sentarmos novamente e rever isso. Mas existe um super apego por grupo, mesmo quando consideramos que está diferente do que a gente tem pensado como oferta do serviço ou da demanda e necessidade real do usuário” (E5).

3 entrevistados declaram que os processos de revisão são partilhados com os usuários nas assembleias dos seus serviços. Entretanto, relatam que a participação dos usuários tende a ser tímida, principalmente quando se trata de expor as atividades que eles não apreciam:

“Existe um espaço que a gente discute junto com eles, a assembleia. Lá a gente pergunta do CAPS como um todo e eles falam dos grupos que gostam, mas dos que não gostam nem falam muito. Acho que não damos esse espaço para eles” (E5).

5.2.3. Agrupamento 3: O trabalho nos grupos

O terceiro agrupamento baseia-se na perspectiva e compreensão dada pelos entrevistados ao papel dos grupos nas práticas de cuidado, e sobre como desenvolvem o trabalho nos grupos a partir das práticas por eles descritas.

Ao material coletado foi empregada a análise temática descritiva, visando apresentar determinados aspectos característicos das práticas grupais que realizam. Foram construídas relações entre estes códigos, agrupados em duas categorias temáticas: a primeira, denominada ‘a potencialidade dos grupos’, remete à forma como percebem e compreendem o lugar e o papel dos grupos no cuidado produzido pelas equipes dos CAPS ad. A segunda, denominada ‘os grupos desenvolvidos no CAPS ad’, apresenta grupos realizados pelos profissionais, buscando caracterizá-los em termos de

suas finalidades, dinâmica grupal e papel do coordenador. A terceira, ‘as assembleias’, busca apresentar as opiniões e experiências dos entrevistados em relação à essa estratégia comumente realizada nos serviços. Apresentar esse agrupamento se justifica pela intenção de apresentar os pressupostos conceituais e práticos relacionados ao trabalho com grupos nos CAPS ad.

5.2.3.1. Potencialidade dos grupos

8 entrevistados veem os grupos no CAPS ad como práticas dialógicas, que possibilita que os usuários tenham contato uns com os outros, interajam entre si e partilhem experiências de vida e de mudança:

“No CAPS, os grupos norteiam o serviço. Essa troca de experiência que o grupo proporciona entre os usuários, deles se verem de outra forma, encontrarem respostas para o que estão procurando, a partir da experiência de outros usuários (...) Eu acredito bastante nessa potência de grupo” (E9).

“Ofertar a discussão é um jeito de você fomentar a participação social, [fazer com que] as pessoas sintam juntas para conversar e tentar construir o que querem” (E2).

7 entrevistados reconhecem como função dos grupos a oferta de espaços de participação, de comunicação e de interações e trocas entre os usuários, com garantia de mediação técnica. Essa mediação pressupõe a presença de profissionais no papel de coordenador de grupos. Para 1 destes entrevistados, a mediação contribui para proteger os usuários de situações e discursos hostis, bem como para qualificar as possibilidades de interação entre eles:

“Acho que é uma microssociedade que acontece ali, um funcionamento de relações bem complexas, importantes de serem potencializadas (...) [pois] ali é um espaço protegido. Se acontece alguma coisa, vai ter um profissional para intervir. Se lá fora eles não tem esse contorno, aqui dentro eles tem” (E1).

O processo de mediação da participação, da comunicação, das interações e trocas nestes espaços, para 3 destes entrevistados, permite com que os usuários se sintam mais protegidos e menos constrangidos ao revelar suas histórias de vida e necessidades. Nos grupos, o exercício da fala e da escuta pode ser mais cuidadoso se

comparado a outras relações vividas pelos usuários, em especial nas situações em que se veem diante de reações, condutas e discursos punitivos e condenatórios:

“A função desses grupos é que eles podem ir além. Conseguem ali não só escutar o outro, mas se escutar. Podem falar livremente sem alguém apontar o dedo dizendo ‘nóia’ ou qualquer outra coisa do tipo. Eles conseguem ser mais livres e espontâneos” (E3).

6 entrevistados compreendem que os grupos no CAPS ad possibilitam encontro entre pessoas que vivenciam situações semelhantes e que podem resultar na construção de relações de cumplicidade e de reconhecimento mútuo. Tais aspectos relacionados à aceitação do indivíduo pelo coletivo são possibilitados pelo compartilhamento dos sofrimentos e das histórias de vida, bem como por sentimentos de pertencimento e de valorização social:

“É como uma caixa de ressonância – vão poder se identificar e ter trocas. E isso alivia também a carga de sofrimento de quem está lá vivenciando o dia a dia” (E9).

“Eles conseguem se olhar nos olhos e colocar suas feridas, deixar à mostra. Então não é um simples agrupamento. É um conjunto de pessoas com um propósito. Eles se sentem aceitos dentro de um contexto e percebem o valor social deles ali” (E3).

Acerca das relações de pertencimento, 2 entrevistados compreendem que os grupos no CAPS ad podem contribuir para o enfrentamento das situações vulnerabilizadoras presentes no território no qual seu serviço está inserido, e que são vivenciadas por boa parte dos usuários:

“Esses grupos são importantíssimos. Uma das coisas que a gente procura trabalhar nas propostas grupais é essa marginalização dentro do seu próprio território, como sair dela (...) porque tem uma maioria que é de homens, de trinta anos para cima, usuários de álcool e cocaína (...) dentro de um bairro que tem vários pontos de vulnerabilidade (...) Essas pessoas criam um não lugar dentro desse território. Então um grupo dentro do CAPS, nesse território, diz da manutenção de um pertencimento” (E6).

Para 6 entrevistados, as práticas grupais possibilitam promover a reinserção social das pessoas atendidas, visto que os grupos podem sustentar a incorporação de mudanças individuais à vida social fora do CAPS ad. A função dos grupos é a criação

de espaços para fomentar o convívio social, a aceitação das diferenças e dificuldades, bem como a reinserção nas relações sociais:

“Na minha opinião, o papel principal é você conseguir fazer com que esses pacientes tenham uma vivência no coletivo que está fora [daqui]” (E10).

“Pensando na reabilitação psicossocial, [o grupo] é uma forma de treinar habilidades para a vida” (E1).

“Muitas vezes, nos grupos, a gente tenta mostrar outras possibilidades, porque ele vai sair do CAPS e precisa de outras alternativas e possibilidades. Essa é a grande coisa que a gente pensa” (E3).

1 dos entrevistados considera que estas práticas mobilizam e intervêm sobre aspectos da vida em coletividade, ao possibilitar modificações nas formas como as pessoas atendidas constroem seus sentidos e suas práticas em relação ao social, principalmente pelo contato com a diversidade de pensamentos e ideias, de perspectivas de mundo:

“Se a gente está pensando na ressocialização, na reinserção, acontecer as coisas em grupo é bem importante, porque aparece uma diversidade de pensamentos que a gente consegue manejar e trazer para a sociedade – como é lidar com isso lá fora? É fazer com que eles repensem esse modo de ver a sociedade” (E4).

Os grupos possibilitam também o exercício da convivência. 4 entrevistados percebem que o isolamento social e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais são condições comuns aos usuários. Nesse sentido, 1 dos entrevistados explicita que no contexto dos grupos são mobilizadas tensões relacionadas à alteridade, que possibilitam o desenvolvimento de atitudes relacionadas ao reconhecimento do outro, à comunicação e à sociabilidade:

“As práticas de grupo são importantes principalmente por essa população muitas vezes se isolar, de ter muitas dificuldades no lidar com o outro (...) faz toda diferença” (E10).

“O grupo faz essa tensão de se ver no outro e ouvir o outro (...) Nas propostas grupais para essa população, faz todo sentido o exercício da escuta, porque é muito difícil ouvir o outro, de ver o outro tão igual a mim mesmo” (E8).

Para 4 entrevistados, as práticas grupais podem criar processos de aprendizagem que contribuem para mudanças individuais em relação ao estreitamento de repertórios

de vida, ao isolamento afetivo e social e à fragilidade das trocas afetivas e simbólicas significativas. Compreendem que a aprendizagem acontece por meio da participação e da troca de saberes entre os usuários e os profissionais, bem como pela observação dos comportamentos e das condutas que os outros participantes assumem diante os problemas e situações em comum:

“Um dia um paciente disse – depois que vim aqui, eu fui praticando a forma de me comunicar. Aqui eu consigo falar e fui levando isso para casa” (E3).

“Acho bastante válido para a maioria das pessoas o desenvolvimento de práticas grupais, porque elas vão aprendendo por essa troca de saberes. O que os grupos fazem é disparar uma conversa, que faz com que o sujeito aprenda tanto com o profissional que está coordenando, com sua proposta pronta, quanto com o comportamento, a conduta ou a narrativa de outro participante” (E2).

5.2.3.2. Os grupos desenvolvidos nos CAPS ad

Os 10 entrevistados trouxeram relatos sobre os grupos que realizam nos CAPS ad. Foram relatados 40 grupos diferentes (E1 = 5; E2 = 5; E3 = 5; E4 = 5; E6 = 5; E9 = 5; E5 = 3; E7 = 3; E8 = 3; E10 = 1). Os psicólogos são os profissionais que mais realizam grupos, seguidos dos assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Os profissionais consideram como grupos todas as atividades grupais regulares que realizam nos serviços, o que inclui as oficinas. As assembleias são compreendidas como atividades coletivas, mas não como grupos por eles coordenados.

Em relação aos modelos teóricos e técnicos que orientam o desenvolvimento de práticas grupais, conforme apresentado na revisão de literatura ou que são apresentados nas disciplinas sobre grupos, 2 entrevistados relataram possui formação na área de psicodrama e utilizar as concepções psicodramáticas e sociodramáticas nos grupos que realizam:

“A minha formação é em grupos, comecei com o psicodrama. As práticas de grupo estão totalmente relacionados com a minha prática profissional” (E3).

“Eu fui fazer a formação de psicodrama pela Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama, ao longo dessa formação eu precisei formar grupos terapêuticos (...) trabalhei quatro ou cinco meses com um grupo fechado, no consultório. Lidar com grupos está diretamente relacionado com a minha formação e prática profissional, tanto na formação no psicodrama quanto hoje em dia trabalhando no CAPS ad” (E2).

Os demais entrevistados não referiram a utilização de modelos teóricos e técnicos grupais. Assim, os conceitos e práticas encontrados na revisão de literatura são pouco citados. Notou-se que prevalecem as orientações relacionadas ao saber-fazer cotidiano e ao compartilhamento de pressupostos conceituais e práticos. Os profissionais buscam orientações no manuais e publicações que orientam ou apresentam resultados sobre a Política de Saúde Mental acerca dos grupos como práticas a serem ofertadas aos usuários pelos CAPS ad.

“Os referenciais teóricos, é cada um que busca. Para ajudar na fundamentação [utilizamos] a experiência ou buscamos materiais do ministério, artigos de outros CAPS ou de saúde mental em geral” (E5).

As concepções sobre grupos são produzidas a partir de vivências formativas e profissionais relacionadas à experiências em grupos, de tarefas em grupo ou de grupidades que vivenciaram ou vivenciam. Alguns entrevistados reconhecem a presença de limitações formativas em suas concepções e práticas grupais:

“Na minha formação, eu tive experiências práticas de grupo a partir do momento que os professores faziam propostas de trabalhos em grupo. Eu vivi na pele o que era coexistir, fazer uma mesma coisa com pessoas que eu não sabia necessariamente da trajetória pessoal, mas ainda assim estávamos ali unidos por algo que foi designado, que era necessário ser feito. No meio dessas dinâmicas, experimentava e treinava o respeito, a escuta, a convivência, o jeito de falar e de escutar, quando devia ceder e quando não devia. Só é possível alcançar isso estando em um grupo” (E6).

“Não tive formação acadêmica nenhuma para grupos. Fui descobrindo sozinho. Até mesmo na residência em psiquiatria a gente tem pouca coisa voltada para grupos, pois a residência é médico-centrada. Onde estudei tive poucas possibilidades de vivência em grupos. Eu entendo grupos como essas atividades que realizamos a interação entre os pacientes, com o objetivo de que aquilo que você trabalha para um, servir para o outro também (...) Se for pensar a questão teórica de grupos, é uma coisa que eu não entendo muito” (E10).

Chama atenção a opinião de 1 entrevistado ao considerar que os conceitos e teorias que foram aprendidas na formação não condizem com as práticas que são realizadas no trabalho, pois as condições institucionais não permitem a aplicação desses modelos:

“Eu acho que talvez eu não saiba dizer o que é grupo. Considerando o que aprendi, [grupo] como um espaço que você provoca e proporciona troca de saberes, troca de afetos, onde você convida as pessoas a atuar de outra

maneira a partir da história que elas contam de si mesma, do que elas ouvem dos outros. O que eu faço é uma promoção de cidadania, levar informação e conhecimento para um público que não tem, ou porque não acessou ou porque não sabe que tem direitos humanos violados (...) Minha percepção é essa (...) porque na minha prática, o que a gente está chamando de grupo, talvez não seja (...) que eu faço no meu trabalho não é grupo, é uma grupalidade, porque como é feito com um número muito grande de pessoas, eu trabalho em média com 15 a 20 pessoas, mas eu já participei de grupos em que haviam 55, então é aula, é palestra, é qualquer coisa, mas não é grupo” (E2).

Todos os entrevistados relataram que nos CAPS ad a coordenação dos grupos é realizada por duplas ou trios de profissionais, em alguns casos até mais de três profissionais. Cabe aos coordenadores a responsabilidade pela organização e desenvolvimento dos encontros: mediação das interações entre os participantes e de situações de conflito. De acordo com diversos critérios há divisão de trabalho entre quem coordena e quem observa cada encontro grupal:

“A divisão objetiva do trabalho é poder reconhecer quando o colega não está com tanta energia naquele momento e conduzir mais do que o outro (...) poder se atentar às diversas atuações e cenas que acontecem no grupo, gerenciar o horário, fazer pontuações. No pós grupo sentamos para conversar, refletir junto como é que foi, ver se temos as mesmas impressões sobre determinadas falas, ver que ideias surgem para as próximas semanas (...) dividir os prontuários, verificar quem faltou, quem veio, a gente vai pensando assim” (E6).

Para 6 entrevistados, há o reconhecimento de que a coordenação compartilhada responde principalmente às necessidades organizacionais e institucionais, pois possibilita que sempre exista um profissional disponível para dar continuidade ao grupo caso o outro precise se ausentar:

“[o grupo] é feito com coterapeuta. Faço com assistente social, eu coordeno e ele vai me auxiliando. Todos os grupos [do CAPS] funcionam com a dupla. Isso é para garantir que, se de repente, um precise sair para fazer reunião, ou férias, a gente garante que sempre vai ter um coordenador de grupo” (E3).

“A proposta é a de que todos os grupos tenham pelo menos dois técnicos, justamente porque, por exemplo, se um dia alguém precisar faltar, tem outra pessoa para coordenar. Agora, se for só um, no dia em que ele faltar, os outros trabalhadores vão ficar meio perdidos, [de tal forma que] vamos precisar fazer outra proposta, o que faz com que se perca a continuidade do grupo. Então, foi estipulado pelo menos duas pessoas em cada grupo, justamente para evitar que as duas estejam fora” (E4).

3 entrevistados compreendem que a coordenação dos encontros deve ser realizada pelos profissionais que possuam melhor formação para o manejo de determinadas situações ou conteúdos ligados à proposta do grupo:

“O psicólogo exerce quase sempre a função de coordenador desse grupo e eu ajudo. Acreditamos que ele tenha o manejo muito maior, pois eles trazem vários temas, como questões de infância” (E5).

O processo de categorização buscou-se identificar as lógicas que as norteiam as práticas grupais descritas pelos entrevistados. A *adoção de modelos teóricos e técnicos grupais* descritos na literatura, é pouco presente. O que prevalece é o reconhecimento do papel da prática cotidiana e do compartilhamento de experiências e ajuda entre pares para a compreensão e desenvolvimento do trabalho com grupos. As concepções sobre psicoterapias grupais são mais presentes do que a orientação para a inclusão social e a educação em saúde.

Grupos de acolhimento

4 entrevistados relataram realizar grupos de acolhimento. Estes grupos fazem parte das estratégias adotadas para acolhimento de usuários que chegaram recentemente ou que retornaram ao serviço após um tempo sem acompanhamento. Os usuários que são convidados a frequentar esses espaços grupais passaram antes pelo plantão de acolhimento, organizado para receber a demanda espontânea, visto os CAPS ad funcionarem a partir da diretriz da porta aberta.

“É um grupo aberto [voltado] para conhecer o usuário. Após o acolhimento com um dos técnicos do serviço, dependendo da gravidade que ele avalia, o usuário vai para esse grupo ou não. Mas, no geral, quase todos passam por esses grupos de acolhimento, que são divididos pelas miniequipes” (E5).

Esses grupos acontecem em dias e horários diversificados, no intuito de facilitar o acesso ao cuidado ofertado pelo CAPS ad. A finalidade geral dessa proposta é conhecer melhor os usuários e criar um espaço no qual eles possam contar suas histórias, sofrimentos, desejos e expectativas em relação ao tratamento: esclarecer dúvidas e colocar temas que gostariam de discutir. Para as equipes, é o momento em que podem construir junto aos usuários a imagem do CAPS ad como espaço de cuidado

diferente daqueles encontrados em suas trajetórias de vida, capaz de acolhê-los, escutá-los e respeitá-los, e de reconhecer e validar seus saberes e sofrimentos:

“Temos a ideia de validar para eles que ali é um espaço em que podem ser acolhidos de fato, pois damos conta de recebe-los [da forma] como eles chegam: agressivos, intoxicados, deprimidos” (E6).

Outras finalidades dos grupos de acolhimento são: a) investigar a opinião do usuário sobre a relação com a droga, tempo e formas de consumo e avaliar prejuízos; b) identificar as necessidades e as condições de vida e trabalho; c) conhecer os serviços que acompanham os usuários; d) estabelecer a primeira proposta de Projeto Terapêutico Singular e o profissional de referência que irá acompanhar cada usuário; e) apresentar a proposta de cuidado do CAPS ad e desmistificar a necessidade de internação e reclusão como forma de tratamento. Este último ponto chama a atenção, na medida em que os entrevistados relatam que muitos usuários procuram o serviço pelo desejo de serem internados:

“Eles chegavam querendo ser internados, e contam sobre as experiências de internação. Muitos não conheciam o CAPS, ali era o primeiro contato” (E7).

2 entrevistados percebem que essa proposta é também um espaço estratégico para estimular e sensibilizar os usuários para o tratamento e para perceberem a si mesmos de forma menos condenatória. Outro aspecto relevante é o fato do grupo de acolhimento servir como o primeiro exercício de coletivização e sociabilização dos usuários, tendo em vista que essa é a dinâmica global das propostas de cuidado no CAPS ad:

“As pessoas chegam muito cruas para o tratamento, cruas no sentido de que estão na latência ainda, focadas no consumo e nos problemas individuais. O grupo de acolhimento é para que elas possam falar e escutar, e também se reconhecer em um coletivo de tratamento, se sensibilizar para o tratamento e se olhar com mais cuidado. A gente acolhe e faz com que as reflexões sejam coletivizadas (...) É importante para nós trabalharmos a escuta e a fala, pois é uma forma também de avaliar sobre como o sujeito é empático com as questões do outro, se ele espelha ou não na história de vida do outro, e de como se coloca para as outras pessoas (...) Mesmo nesse início, o desenvolvimento de uma grupalidade é um intuito de trabalho. A gente tenta transformar aquilo que as pessoas trazem em uma questão do grupo e, por vezes, usamos dinâmicas ou alguma pergunta para abrir campo de discussão” (E6).

Os usuários podem permanecer algumas semanas frequentando apenas os grupos de acolhimento, enquanto as equipes definem os profissionais de referência e constroem os Projetos Terapêuticos Singulares que implicam na participação em determinados grupos e oficinas ofertados pelos serviços definida conforme a avaliação das necessidades e preferências dos usuários.

Grupos de sensibilização e discussão sobre drogas

3 profissionais relataram realizar grupos para sensibilizar os usuários na identificação dos prejuízos decorrentes do consumo de drogas e orientar, informar e discutir temas relacionados às drogas. Esses grupos são voltados para usuários em início de tratamento ou para aqueles que apresentam a necessidade de falar sobre o seu consumo.

Para 1 dos entrevistados, a dinâmica desse grupo deve basear-se na discussão mais genérica e impessoal, o que diferencia da proposta de psicoterapia, na medida em que não visa aprofundar conteúdos pessoais, mas facilitar a conversa a partir de temas trazidos para a discussão:

“A gente não aprofunda as questões dos pacientes, mas trazemos questões que acometem a todos, para podermos trabalhar sem expô-los. Quando eu falo expor, digo aprofundar algo de alguém. Para isso temos grupos de psicoterapia” (E1).

De acordo com 2 entrevistados, a dinâmica é aberta para que os usuários possam trazer temas que gostariam de discutir, e cabe ao coordenador produzir assinalamentos e relações entre os conteúdos trazidos pelos participantes e questões mais amplas relacionadas ao consumo de drogas:

“A gente sempre convida os usuários a escolher a temática do dia. Cabe muito à equipe ter certa expertise e manejo para conversar sobre o assunto que eles querem falar, pois falamos sobre o uso abusivo de substâncias (...) tensionamos para que a temática levantada no grupo venha a se relacionar com o tratamento (...) Se o sujeito quer falar sobre trabalho, conseguir trabalho ou administrar seus próprios recursos, a gente faz o contraponto – até que ponto essa necessidade, essa dificuldade, essa temática se relaciona com o fato de estarem inseridos no CAPS ad” (E2).

O papel do coordenador é compreendido, por 1 dos entrevistados, como o de provocar reflexões que facilitem a mudança da percepção dos usuários sobre si mesmo, que tendem a restringir a autoimagem ao consumo de drogas e aos problemas decorrentes:

“Meu papel como coordenadora é o de costureira das ideias – você está falando isso, mas o que isso tem a ver com aquilo, vamos pensar? Eu vou alinhavando a conversa, acho que é esse o meu papel. Diferente de outros colegas, eu falo bastante, mas quero sempre provocar o questionamento dos usuários – para além de usuário de substâncias, o que mais você é? (...) Às vezes eles ficam colados em um papel que os despotencializa, que não dá condições de emancipação, de criar autonomia (...) tento fazer dessa maneira no grupo” (E2).

Outro entrevistado compreende que a finalidade dessa proposta é estimular estratégias de redução de danos, a partir da abordagem educativa e da participação ativa dos usuários. Nesse grupo, os profissionais tem a oportunidade de, a partir da escuta dos usuários, conhecer a situação do território em relação ao consumo e comércio de drogas:

“Nesse grupo trabalhamos mais a questão da droga e do uso, e construímos com eles maneiras e estratégias para reduzir danos. Grupo educativo, que dá bastante trabalho, pois os usuários falam e gostam bastante. A gente pergunta sobre o que querem discutir e o grupo escolhe. Nós preparamos o material para ajudar a disparar a discussão, mas a partir do pedido deles (...) Dialogamos com os saberes deles, e aprendemos que havia um fornecedor no território que vendia um lança perfume com uma mistura que fez com que muitos jovens entrassem em coma depois do uso, que a qualidade da maconha mudava de um bairro para outro, sobre o surgimento de novas drogas ou mesmo novos nomes, e quais eram as substâncias eram mais usadas no território. Coisas que só descobrimos com eles (...) Discutimos também a regulamentação e a discriminação das drogas” (E5).

Atividades em grupo e rodas de conversa

2 entrevistados realizam atividades grupais voltadas para usuários que apresentam dificuldades ou perdas cognitivas associadas ao consumo de drogas por longos períodos da vida. Para eles, muitos usuários atendidos no CAPS ad apresentam essas condições relacionadas à memória, concentração, linguagem, raciocínio lógico, etc. Nesses grupos, denominados de ***estimulação cognitiva***, os coordenadores buscam realizar avaliações prévias, no sentido de caracterizar áreas a serem estimuladas e definir atividades e exercícios a serem propostos:

“A gente parte de uma avaliação mínima. Aplicamos testes como o MoCA e Minimental¹² para ter um certo parâmetro e ver quais áreas são mais interessantes de se trabalhar – é linguagem, é concentração, é execução, é memória? E também para direcionar quais atividades a gente propõe” (E2).

Esses entrevistados compreendem que a proposta de estimulação cognitiva não é um fim em si mesma ou se restringe à realização de exercícios repetitivos. Eles lançam mão de jogos e atividades que buscam integrar as áreas da cognição à aspectos da vida e das relações dos usuários. 1 dos entrevistados exemplifica essa tentativa de integração por meio da proposta de construção coletiva de mapas afetivos, mediante os quais os participantes identificam e compartilham lugares, trajetos, hábitos e histórias do ponto de vista de sua inserção nos territórios de vida, o que pode resultar na produção de novos desejos e metas:

“A gente pensou em construir mapas do território junto com os usuários, para pensar como eles andam na cidade e como isso se transforma em afeto, em possibilidade de lembrar e atuar melhor no contexto do território. Quais são os lugares que essa população frequenta – ah, onde eu vou aos domingos? Onde é que eu almoço? Onde é que eu durmo? De uma forma muito simples, a gente pediu para que eles identificassem no mapa do Brasil quais estados eles conheciam, depois as cidades, bairros. A gente usou recursos do Google Mapas e do Google Earth, e foi bom, porque muitos deles não voltavam as suas cidades natais há muitos anos, e conseguiram ver como é hoje. Isso foi disparando muitas coisas. Um deles viu a frente da casa dos irmãos e ele teve vontade de vê-lo, de voltar a ter contato” (E2).

Outro entrevistado relata que a proposta inicial, de realização de jogos e dinâmicas para treinar áreas da cognição, foi se transformando com o tempo, devido a necessidade de conversar e elaborar os sentidos dessas atividades em grupo na vida particular e no tratamento dos usuários. Outros aspectos associados aos comportamentos dos usuários, observados pelos coordenadores, foram tematizados por meio da generalização de relações entre condutas e cognições, o que pode resultar no desenvolvimento de habilidades interpessoais:

“Surgiu como um grupo de estimulação cognitiva, com jogos que estimulavam a memória, raciocínio lógico, etc. Para mim, precisávamos também conversar sobre esses jogos e sobre as funções cognitivas, e sobre como essas coisas têm a ver com as nossas vidas, como auxiliam ou

¹² A Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) é um instrumento breve de rastreio para deficiência cognitiva leve. O Mini exame do estado mental (Minimental) é um tester rápido de avaliação das funções cognitivas. Tais testes são utilizados em contextos de avaliação neuropsicológica.

prejudicam no tratamento de drogas (...) No grupo tentamos identificar o que [os usuários] precisam e pensamos em uma atividade para isso. O que dá mais trabalho, porque não é a gente tentando encaixar as pessoas no que queremos, mas tentar trazer o que dialoga com as necessidades das pessoas (...) O grupo tem dois tempos: um com dinâmicas e jogos, e outro tempo para discussão. E a gente discute muito a questão da impaciência, da impulsividade, da competitividade que aparecia no jogo, de querer ser o melhor (...) Percebíamos que os usuários iniciavam no grupo sem muitos limites, sem respeitar regras. Com o tempo, foram desenvolvendo a paciência e limites, a ponto de passar isso aos outros integrantes” (E4).

1 entrevistado realiza ***atividades grupais baseadas em técnicas corporais e de meditação***. Essas atividades são voltadas para os usuários que se mostram ansiosos e inquietos, cuja finalidade é reduzir a fissura¹³ e a agitação psicomotora, e ampliar a capacidade pessoal de compreender e lidar com sintomas corporais decorrentes de situações estressantes ou ansiogênicas:

“A ideia principal desse grupo é eles poderem se ouvir e se concentrar. A gente não tinha um grupo de práticas meditativas até então (...) a maioria dos pacientes que estão nesse grupo são usuários de maconha, crack, cocaína e alguns alcoolistas. Esses pacientes costumam ser bem agitados (...) Eles não sabem respirar, não sabem se concentrar. Não é uma prática deles, por isso não fazem. Então, a partir do momento que forem praticando, os pacientes mais agitados conseguem ficar mais contidos, mais calmos. Eu já vi alguns falando que estavam muito mal, e eu perguntava o que estava acontecendo – ah, estou sentindo uma dor aqui no peito. Com a meditação eles conseguem perceber da onde vem, então não é uma simples fissura, pois conseguem entender o que acontece” (E3).

A dinâmica do grupo é diretiva e o coordenador atua como líder que possui ferramentas e técnicas a serem transmitidas aos participantes. Ele busca criar um ambiente propício para o desenvolvimento da atividade grupal e para a transmissão de saberes e práticas corporais, por meio da proposição de exercícios:

“Durante o grupo, quem entra com fissura, a gente coloca uma música para guiar. Por causa do nosso espaço, que é bem barulhento, eu vou guiando o que é para fazer, como é para respirar (...) eles precisam sempre de modelo e de alguém guiando para poder se concentrar. Durante a meditação eu falo – vai se concentrando aonde está incomodando, e só acolhe isso, como se você estivesse de abraçando e respirando, devagar. Eles vão compreendendo melhor e ficam menos reativos” (E3).

1 entrevistado desenvolve proposta grupal baseada na ideia de ***ateliê de atividades manuais***. Essa atividade era voltada aos usuários que a equipe julgava

¹³ Termo utilizado para se referir ao critério diagnóstico relacionado ao desejo intenso por uma substância. Fissura é o termo comumente utilizado para se referir ao termo *craving*.

apresentar dificuldades de verbalização, e a utilização de recursos terapêuticos não verbais era a estratégia principal dessa proposta como forma de cuidado:

“Nesse grupo tínhamos a proposta de fazer um cuidado a partir da experimentação do fazer. O público-alvo era as pessoas que tinham maior comprometimento em verbalizar aquilo que viviam e sentiam, que não conseguiam trazer tudo à fala. Entendemos que essa proposta traria outras possibilidades de cuidado à essas pessoas. Era um grupo que eu achava importante, pois trabalhávamos a autonomia dos usuários. Propus esse grupo junto com a gerente na época, então teve um incentivo dela. Montamos um armário para armazenar os materiais das atividades. Era um grupo que tinha um desenho, que tinha um número de pessoas que podiam participar” (E8).

A dinâmica principal era baseada na escolha de cada participante acerca do que gostariam de produzir. Desta forma, cada usuário se responsabilizava por seu projeto, e dividiam o mesmo espaço. Em algumas situações, os participantes se ajudavam, mas não havia proposta de coletivização para realização de uma atividade em conjunto:

“O processo do grupo era assim: começávamos com uma roda, para conversar e se apresentar. Depois, alguns usuários davam sequencia a alguma coisa que estavam fazendo, outros escolhiam o que iam fazer. Percebíamos os usuários que iam dar conta de fazer algo que começava e terminava naquele dia, e os outros que não. Esse processo era interessante, pois eles voltavam na outra semana para dar continuidade (...) O grupo tinha esse arranjo de continuidade, da necessidade de voltar na próxima semana para elaborar, seja no campo do pensamento, de assentar alguma coisa, seja no campo da atividade, de dar continuidade aquele fazer. Para algumas pessoas, principalmente no contexto de álcool e drogas, isso é muito difícil (...) Era um grupo para pessoas que de alguma forma queriam esse arranjo de continuidade para voltar (...) Como tinha essa mistura de projetos, cada um tinha o seu projeto, as pessoas não faziam projeto grupal de atividade, mas às vezes se ajudavam, as vezes faziam juntos também” (E8).

1 entrevistado relatou realizar rodas de conversa que tem como temática a ***organização e o planejamento pessoal*** relacionado ao desenvolvimento de atividades durante a semana. Surgiu como proposta de acolher os relatos dos usuários acerca de como passaram o final de semana, que é visto como período crítico de consumo intenso ou recaídas. A dinâmica grupal dirigida pelo coordenador consiste em lançar questões aos usuários, para que reflitam e se impliquem na identificação de desejos e recursos que auxiliem na organização da rotina semanal:

“Propus uma roda de conversa, pois eu e a equipe achávamos que era importante acolher como os usuários passaram o final de semana, o que que eles conseguiram fazer, etc. E muitos trazem que o final de semana é um momento mais crítico, pois na sexta-feira à tarde [é o período] em que as

coisas vão se desorganizando mais. Então propusemos essa roda de conversa como um modelo para pensar sobre como foi o final de semana e sobre como [os usuários estão] se organizando para semana (...) Pensar como vai ser a semana é algo que trava muito as pessoas, então pensamos em fazer a roda na segunda-feira de manhã [e direcionar questões como], ‘o que vocês pensaram para essa semana? como vai ser a sua semana? O que você vai fazer? O que acha que pode ser diferente do que foi a semana passada e que seja algo que você se sinta melhor com você mesmo e se fortaleça?’” (E8).

Como resultados dessa proposta, entrevistado percebeu que os usuários se organizavam para participar da roda de conversa, trocavam experiências, sugeriam atividades, que passaram a ser compartilhadas como todo o serviço através da confecção de murais informativos sobre atividades que ocorrem no território, que poderiam ampliar as opções dos usuários para além daquelas oferecidas pelo serviço, principalmente nos finais de semana, em que o CAPS ad reduz suas atividades e passa a funcionar apenas para o acolhimento em hospitalidade:

“Algumas pessoas iam toda segunda-feira e faziam questão de chegar no horário, se programavam para estar, se organizavam. Elas traziam [relatos]: ‘final de semana fui em tal lugar’, ‘vi que essa semana vai ter tal atividade e queria compartilhar com vocês’, ‘eu queria ofertar o meu serviço, eu faço tais e tais coisas’, e começou a rolar uma troca também de fazeres. Fizemos em alguns momentos murais com coisas que aconteciam no território, outras opções além do CAPS. Então acho que tem essa possibilidade dentro do serviço do CAPS, que é desse tipo de construção” (E8).

Grupos de encontro

1 entrevistado realiza propostas grupais de *encontro entre as mulheres* atendidas no serviço. A ideia desse grupo surgiu pela observação de que as mulheres não se sentiam confortáveis em trazer questões relacionadas às suas vidas nos grupos que participavam junto aos outros usuários. A finalidade é poder falar sobre o uso de substâncias, mas principalmente de temas relacionados ao papel de gênero e sua especificidade nas vivências de uso de drogas, e ampliar as informações acerca dos recursos que as mulheres podem acessar visando a garantia de direitos:

“É um grupo pequeno ainda, o que faz a gente pensar no porque as mulheres não chegam no serviço, porque temos tão poucas mulheres no CAPS ad (...) É um grupo específico no CAPS ad, que contempla exclusivamente as mulheres. Falamos sobre o uso de substâncias, mesmo porque elas estão inseridas aqui por conta disso, mas temos como intuito empoderar essas mulheres, pensando em todo o estigma que elas carregam, e ampliar assim o

nosso trabalho (...) A ideia é promover o conhecimento também sobre outros equipamentos e dispositivos que elas podem acessar” (E1).

A dinâmica do grupo segue o modelo de grupos de encontro, não há uma programação prévia de temas e atividades a serem abordadas. O grupo é aberto para que as usuárias possam se colocar e trazer necessidades e questões relacionadas às suas vivências. Todavia, o entrevistado reconhece que, em determinados momentos, lança mão de recursos técnicos para estimular a interação do grupo. Chama a atenção é o fato de, a partir da emergência de uma questão de violência trazida por uma das participantes, o grupo se organizou para realizar uma atividade de suporte na qual foram levantados recursos sociopolíticos voltados para a garantia de direitos das mulheres:

“Ao entrar no grupo, a gente sempre faz o levantamento de como elas estão, tenta resgatar o que foi trabalhado na semana anterior, se querem manter a temática ou propor outra. Tentamos entender o que elas querem para promover o andamento do grupo (...) estimular que aconteça esse movimento grupal, para que o grupo ande por si, e a gente apenas faça a mediação. Tem momentos que não conseguimos fazer isso e trazemos os estímulos. Mas é um grupo que está caminhando bem. Às vezes pedimos que elas tenham calma e deixem as outras falar. Tem que ficar mediando assim, porque às vezes é difícil (...) [No começo] estava difícil da gente levantar o que elas queriam trazer. Até que um dia uma paciente, que mal vinha no grupo, falou de uma situação de violência sexual sofrida na infância e também daquelas que sofreu na vida. Nisso, trouxemos várias questões, não só de violência e abuso, mas da sexualidade da mulher, do papel da mulher na sociedade, para ver como elas enxergam isso e como se colocam. A partir disso, pensamos com o grupo em uma atividade externa para circular por serviços direcionados ao atendimento de mulheres, para elas conhecerem e saberem como acessá-los. Levaremos elas à delegacia da mulher, ao Centro de defesa e cidadania da mulher e, no final, vamos fazer uma confraternização, um piquenique, todas juntas” (E1).

2 entrevistados relataram realizar *grupos em períodos noturnos* para os usuários que trabalham durante o dia, no sentido de garantir o acesso ao cuidado centrado nas suas necessidades, que tendem a se diferir daquelas dos usuários que frequentam o CAPS ad nos períodos diurnos, do ponto de vista de sua integração em atividades ocupacionais, educacionais e responsabilidades familiares. Nesses grupos não há temas e atividades previamente programadas, e está aberto àquilo que os usuários querem trazer:

“Acontece no período da noite e é para pacientes que trabalham e não conseguem vir em nenhum outro horário. Esses pacientes têm perfil diferenciado [em relação aos] pacientes do dia, pois eles têm um amadurecimento maior acerca das coisas” (E1).

“O grupo é para pessoas que trabalham ou fazem outras coisas, e precisam desse horário noturno para o tratamento. São indivíduos que já não estão tão crus, que estão fazendo outras coisas da vida, seja um curso, um trabalho, ou que tem responsabilidades com a família. Então esses são temas que a gente aprofunda no grupo (...) a gente fala de muitas outras coisas que não só o uso. Isso tem tudo a ver com redução de danos, fazemos reflexões sobre projetos de vida, planejamento, etc. (...) A ideia é dar suporte para essas pessoas, para que possam planejar melhor a semana, quase uma prevenção à lapsos e recaídas. Partimos da ideia de que quando o sujeito tem uma recaída ele acaba não conseguindo fazer outras coisas da vida que são importantes para ele, e não porque o foco é a substância (...) Não tem temas pré-programados, a não ser que a gente pactue dar continuidade” (E6).

1 dos entrevistados compreende, neste grupo, o papel assumido pelo coordenador deve ser pouco diretivo e voltado para a mediação das interações e dos conflitos que possam vir a ocorrer. Considera que é a própria dinâmica entre os participantes que determina o processo grupal:

“É um grupo que tem pouca interferência nossa, dos coordenadores, porque esse grupo flui, se autodirige. Estamos ali como mediadores mesmo” (E1).

O outro entrevistado considera que o papel assumido pelo coordenador deve equilibrar a postura centrada no estímulo à participação dos usuários, no sentido de se apropriarem da dinâmica grupal e compartilharem opiniões, experiências e saberes, e o direcionamento de sugestões individuais ou coletivas acerca de práticas a serem incorporadas no cotidiano, visando maior abertura e experimentação de práticas individuais de cuidado fora do grupo:

“Quando tem pessoas novas, peço que eles apresentem o grupo – quem pode explicar? A gente faz uma rodada de apresentações por nomes só, pois não vejo a necessidade das pessoas se apresentarem individualmente pela história de vida, uma vez que isso vai aparecer ao longo do processo. Eu sempre pergunto sobre como foi o final de semana, deixo aberto para quem está afim de falar e se colocar. Dependendo do que vem, faço uma pontuação outra individualmente, para que o sujeito entenda que o que ele está dizendo é válido, e aproveito para lançar alguma questão coletiva, para o coletivo se posicionar, pensar e refletir (...) Eu também lanço para eles – façam alguma coisa por vocês nessa semana, que tem a ver com um cuidado [centrado em] vocês mesmos. Às vezes dou exemplos – vai em lugar que você gosta e que não vai há muito tempo; coma algo que você goste; combine um encontro com um amigo ou familiar; tente resolver uma questão que é importante para você. Se é alguém muito isolado, tente fazer uma atividade social na semana, experimente, e na outra semana diga como se sentiu. Enfim, coisas do tipo, fazer algo para si” (E6).

Desta forma, compreende que o papel do coordenador, enquanto aquele que estimula a participação, organiza as interações e regula as interações no grupo, é predominante. O coordenador é o responsável pelo andamento do encontro, pela observação das regras e combinados, pela gestão do tempo e por construir sentidos acerca do que foi vivenciado e experimentado pelos participantes no encontro do grupo:

“Esse grupo exige raciocínio rápido – escuta e pega, escuta e amarra. Precisa ter começo, meio e fim, mesmo a gente se encontrando toda semana, temos que evitar que fique solto. Gerencio o tempo, pontuo para o usuário quando está falando mais que os outros, que é hora dele escutar um pouco. Chamo quem ainda não se manifestou, para entender por que não está dizendo nada, se não pensa nada a respeito, se já foi contemplado, se está tudo bem ou não. Chamo as pessoas pelo nome (...) Tem os pactos de respeito. Sempre que um usuário está invadindo a fala do outro eu o interrompo e falo – vamos escutar? Quando fica um silêncio, eu sustento o silêncio. Acho importante, para que eles se coloquem. Quando vai chegando o final, eu dou *feedback* mesmo que breve sobre o que conversamos, e chamo a atenção para algumas coisas” (E6).

1 entrevistado relata realizar grupo de encontro que reúne usuários de faixas etárias mais jovens. Nesta proposta, busca-se abordar questões trazidas pelos participantes, geralmente relacionadas às vivências e dificuldades que enfrentam no desenvolvimento de suas vidas. Não há programação prévia de temas a serem abordados, de tal forma que a dinâmica está centrada nas questões que os participantes trazem, visando explorá-las coletivamente e construir estratégias de lida:

“O grupo tem um perfil de pacientes mais jovens, diferente dos pacientes que são mais velhos, com família, que perderam o trabalho (...) Não focamos no uso da substância, tentamos trabalhar a autonomia do paciente perante as questões que ele traz e as dificuldades que vivencia (...) Tem como objetivo [abordar] demandas mais genéricas, pois o foco é avaliar demandas mais gerais, não tem um foco bem específico (...) Acontece semanalmente e é um grupo aberto, mas os profissionais só podem inserir pacientes após conversarem conosco (...) não tem uma programação e os usuários podem ser inseridos em qualquer momento (...) é um grupo verbal” (E10).

O papel assumido pelo coordenador nesse grupo é o de estimular a participação, a comunicação e as trocas entre os participantes, que se engajam em conversas a partir de questões trazidas pelos usuários que emergem em cada encontro:

“[Antes de começar o grupo] eles aguardam todos na recepção, na ambiência. Temos dificuldade com salas sempre, precisa ficar caçando onde vai ter uma, e algumas vezes acabamos fazendo em ambientes abertos (...) Quando chegam pacientes novos, temos como prática fazer uma apresentação rápida

pelo nome. Eu começo o grupo geralmente direcionando a fala para aquele que percebo que está mais angustiado para falar sobre como foi a semana, depois tento jogar para outro. Às vezes deixamos aberto para eles falarem sobre a semana, das questões que eles tiveram, e trabalhamos em cima dessas demandas, do que eles trazem (...) eles mal citam o uso de substâncias. Muitos pacientes estão com coisas bem encaminhadas na vida, trabalhando, se reestruturando, e acabam nem falando sobre essa questão do uso (...) quando entra alguém que está em um momento que acaba se desestruturando um pouco mais, os outros ajudam (...) as vezes é até difícil de encerrar, porque as pessoas falam e querem falar (...) eu e a outra técnica estamos bem afinadas, não nos esbarramos muito na hora que ela fala ou a hora que eu falo, estamos em uma dupla boa para trabalhar” (E10).

Grupos terapêuticos e psicoterapêuticos

1 entrevistado relata a prática de grupo psicoterapêutico baseado no modelo do *psicodrama*. A proposta tem como finalidade abordar e explorar aspectos relacionados ao autoconhecimento e autopercepção e às relações interpessoais implicados nas suas condutas e ações no cotidiano, para que os usuários consigam desenvolver um manejo melhor das situações que vivenciam, muitas delas associadas ao uso de substâncias:

“Neste grupo, abordamos a percepção de si mesmo, para eles se perceberem enquanto agem. O propósito desse grupo é trabalhar as relações: como me relaciono comigo mesmo e, a partir daí, como me relaciono com o mundo. Primeiro, precisam perceber quem eles são, para depois perceberem como se relacionam com o outro. Não dá para perceber o outro se não sei quem eu sou. Como eles estão em um momento muito indiferenciado, de muito tempo de uso, eles não se conhecem mais (...) A proposta desse grupo não é tanto resolver problemas, mas dar uma direção para que ele perceba – uma vez que se olha para algo, o que fazer com isso? E muitos deles, quando conseguem se perceber, conseguem sair do movimento autodestrutivo” (E3).

Esse grupo se organiza a partir da definição de temas e assuntos que os usuários gostariam de abordar durante as sessões. No primeiro do encontro do grupo psicoterapêutico, são levantadas as temáticas, que giram em torno de questões variadas como a abstinência, a fissura, a solidão, dificuldades de lidar com a família, entre outros. Todavia, não há uma programação ou ordenação dos assuntos a serem abordados, que são decididos pelos participantes a cada sessão:

“Os assuntos nesse grupo são os mais diversos: já falamos de como lidar com fissura, de suicídio, de violência contra a mulher. No contexto dramático, isso fica um pouco mais evidente (...) Todo início de ano a gente levanta quais os temas que eles gostariam de falar sobre ao longo do ano. A gente faz um levantamento dessas temáticas, quais são as mais recorrentes. O psicodrama trabalha o aqui e agora e com a espontaneidade. É o grupo que define no dia qual tema quer trabalhar. O que mais surge é como lidar com a abstinência,

com a fissura e com a solidão. Um tema que aparece bastante é as pessoas se sentirem completamente perdidas – agora que parei de usar, para onde eu vou? Surge também muita dificuldade em lidar com a família, de como lidar com a família nesse momento. Essa parte da família é bem difícil, pois muitos deles têm relação com outros usuários – como parar de usar com a minha família usando? Por exemplo, uma coisa que passa batida para nós é a bebida no aniversário, no churrasco, no natal e ano novo, e eles se sentem tão à parte da família, porque não podem participar, mas também não querem que a família não beba em função deles. Então eles trazem isso – como é lidar com a minha vida sóbrio sem meus hábitos, como me relacionar com o mundo?” (E3).

A dinâmica grupal é participativa. O papel assumido pelo coordenador é o de diretor de cena, conforme preconizado pelo psicodrama, mediante a organização de etapas relativas à técnica, como aquecimento, escolha do tema pelos participante, dramatização de situação vivenciada pelos participantes, e compartilhamento de impressões e opiniões, visando a elaboração do que foi vivido pelo grupo:

“Fazemos um psicodrama (...) embora os pacientes não saibam explicar exatamente o que é o psicodrama, conseguem vivenciar. Os mais antigos no grupo convidam os pacientes novos a se concentrarem na atividade. Já entenderam que a gente fala, de forma lúdica, sobre coisas muito difíceis, de feridas grandes. Primeiro eu aqueço o grupo para que ele se integre como grupo. Na sequência, puxo o tema, o que cada um gostaria de falar ali. Fazemos uma votação e trabalhamos com o tema na cena. Às vezes é uma cena teatral mesmo, com começo, meio e fim, só que o script é deles. São cenas do cotidiano deles. Depois que fazemos a dramatização, a gente faz um compartilhamento, que é para elaborar o que foi trabalhado no dia, para amarrar tudo. Na hora da elaboração, percebo que eles saem com o olho um pouquinho mais aberto, fazendo suas reflexões. É para sair refletindo – o que fizemos aqui?” (E3).

1 entrevistado descreve o **grupo terapêutico** que realiza, cujo objetivo é resgatar aspectos das trajetórias de vida que estão relacionados aos problemas com uso de drogas. A proposta é voltada aos usuários que a equipe percebe ter dificuldade em falar de si mesmos. A finalidade desse grupo é estimular que os participantes **compartilhem suas histórias** e, nesse processo, poder ressignificá-las, a partir de uma abordagem centrada em aspectos emocionais e afetivos mediada pela utilização de disparadores, como músicas, poemas, etc. O entrevistado relata que, apesar dos coordenadores e da equipe avaliarem positivamente essa proposta, os usuários tinham uma posição diferente:

“Esse grupo tentava resgatar a história de vida que, por algum motivo, ficou esquecida com o uso de drogas. Buscávamos sua ressignificação e dizíamos que era possível escreverem outras (...) Trazíamos poemas ou músicas para

despertar questões, e eles traziam lembranças de acontecimentos que dispararam o uso de drogas. Eles tomavam consciência dessas coisas, repensavam e ressignificavam (...) A gente gostava bastante desse grupo, mas os usuários não. Talvez eles não gostassem de trabalhar essa coisa emocional. Muitos chegavam a falar – está mexendo com coisas que eu não quero, não vou dar conta disso” (E4).

1 entrevistado apresenta a proposta de **grupo terapêutico** no qual os usuários são convidados a reverem as motivações inconscientes que estão por detrás do consumo de drogas. Ele entende que o consumo está relacionado ao aspecto psíquico de baixa tolerância à frustração e procura, nesse grupo, estimular o desenvolvimento de práticas de autopercepção, visando ampliar a capacidade dos participantes de reconhecerem e nomearem processos psíquicos relacionados ao consumo:

“É um grupo que tenta ampliar a visão que o usuário tem dele mesmo e das situações [que vivencia]. Buscamos aumentar o repertório de redução de danos, para que eles possam lidar com frustrações, ao compreenderem a pouca tolerância à frustração que eles têm (...) [Assim] a droga deixe de ser o único recurso [para lidar com frustrações]. A ideia é eles se conhecerem, entenderem porque estão fazendo uso, se é por vontade, por embalo ou por ser automático, que eles possam reconhecer nessas coisas” (E4).

A dinâmica proposta é mediada pela proposição de atividades expressivas, que são interpretadas pelo coordenador, e de apresentação de conceitos e ideias do campo psicanalítico, no intuito de instruir os participantes e promover insights:

“Levamos atividades mais projetivas, como desenho. Eu tenho um olhar psicanalítico e busco discutir psicanaliticamente esses conteúdos. Às vezes, faço psicoeducativo para falar das ideias de Freud e Lacan no grupo, e eles absorvem. A gente fala de uma maneira um pouco mais coloquial, informal, e eles entendem e absorvem. É um grupo no qual buscamos identificar o que eles estão precisando. Se identificamos que eles precisam ampliar o repertório social, a gente propõe atividades que possam ajudá-los nisso. Trazemos também atividades para estimular a autopercepção, para que eles olhem para dentro e percebam o que está acontecendo, e isso dá bastante resultado” (E4).

Grupos voltados à inclusão social

2 entrevistados relatam realizar grupos denominados de ***saídas ou passeios***, que tem por finalidade promover articulação dos usuários com os recursos socioculturais do território e da cidade, visando ampliar a circulação dos usuários para além do eixo domicílio-CAPS ad-cenas de uso a partir da ampliação do repertório social, cultural e

intelectual. Esses grupos se iniciaram com propostas dos coordenadores de discutir temas como inclusão social, direitos, cidadania, etc. Com o tempo, perceberam o aumento da participação dos usuários na sugestão de passeios, na discussão e tomada de decisão grupal.

Os entrevistados observam efeitos produzidos nesse grupo, como expressão de desejos, rompimento com o isolamento vivenciado pelos usuários, o fortalecimento dos laços sociais e familiares, já que os usuários passaram a sair com suas famílias e amigos e frequentar espaços culturais, tanto para ver filmes, peças de teatro, concertos de música, quanto para participar de oficinas e cursos de música, artes, e outras expressões culturais:

“Depois de um tempo que fazíamos o grupo, os próprios usuários passaram a pesquisar lugares e sair com suas famílias. Eles falavam muito: ‘para mim, antes de entrar no CAPS, era só boca e bar’. A gente sempre deixa claro que a ideia é disparar algo, mas que os lugares têm que fazer sentido para eles (E5).

“A proposta é ampliar o acesso à cultura pela cidade de São Paulo. Saíamos para conhecer locais diferentes da cidade, ver exposições, cinema, música, teatro (...) [possibilitava com] as pessoas que nunca acessavam esses recursos, pudessem vir a acessar. Um acesso à algo diferente em lugares diferentes, que elas nem sabiam que podiam acessar gratuitamente. Era nítido como os usuários conseguiam lidar com isso, e aumentavam seu repertório social, cultural, intelectual. Muitos depois levavam suas famílias e colegas nos finais de semana” (E7).

1 dos entrevistados compreende que essa proposta não é tão valorizada pela equipe no contexto do CAPS ad, na medida em que percebe a dificuldade da equipe de considerar outros aspectos da produção do cuidado. Para ele, o grupo de passeio permite perceber os usuários como pessoas que ocupam outros papéis sociais que não apenas o de doente que necessita de tratamento especializado, bem como permite ampliar o vínculo e a compreensão de singularidades, por meio do deslocamento do papel profissional restrito à dimensão biologicista de cuidado:

“Muitos dos meus colegas do serviço não entendiam esse grupo, achavam que a gente só ia passear. Não conseguiam ter uma visão mais ampliada do sujeito, não conseguiam pensar esse sujeito no psicossocial, só mais no biológico. (...) [Esse grupo] é um momento importante de perceber o outro para além do biológico, de criar um vínculo, de escutar coisas que não eram faladas dentro de quatro paredes durante um atendimento em setting fechado, com uma mesa entre a gente (...) isso me fez pensar que esse tipo de proposta deveria ser feita em todos os lugares” (E7).

5.2.3.3. As assembleias

Para os entrevistados, as assembleias se constituem como atividades nas quais os diferentes atores, como profissionais, usuários e familiares, podem se reunir para abordar questões relativas ao funcionamento e à finalidade do CAPS ad, ampliar sua participação, qualificar a comunicação, identificar necessidades de melhoras, propor soluções e elaborar conflitos e se informar sobre as regras e programações institucionais. 1 dos entrevistados explicita que essa estratégia é preconizada, pela Política de Saúde Mental e pela Reforma Psiquiátrica, como modo de sustentar a processualidade da construção da atenção dirigida às necessidades dos usuários e que expressa a construção coletiva que orienta cada serviço, conforme suas particularidades:

“A assembleia é um momento que toda equipe e pacientes que estão na unidade se encontram. É uma forma de mantermos a comunicação sempre viva entre pacientes e funcionários. Não só os pacientes, mas familiares que estiverem na unidade podem participar, ir até a assembleia, eles também são bem vindos ali” (E3).

“[Assembleia] é uma atividade, uma grupalidade na verdade, não a vejo como um grupo. É um espaço de trocas e voz, para falar sobre o serviço e a sua construção, sobre como esse serviço pode se dar. É muito usada nos serviços CAPS, tem uma gênese da Reforma Psiquiátrica, [que preconiza] que uma das possibilidades de tratamento mais coerente com a necessidade do sujeito é que todos nós possamos juntos conversar sobre quais são essas necessidades e que serviços deveríamos ter. Não basta ter uma política e um serviço dado, mas é importante que o usuário e os trabalhadores possam dizer como esse serviço pode funcionar. Então, a assembleia tem mais ou menos essa função” (E8).

As assembleias costumam ocorrer uma vez por mês ou a cada quinze dias, dependendo do serviço. A equipe é quem fica responsável por definir as datas, convocar os usuários e presidir as reuniões. Em relação à organização, após reunir os atores, aqueles profissionais que estão coordenando a reunião fazem o levantamento das pautas a serem discutidas, geralmente definindo-as a partir de queixas, de sugestões para melhorar o serviço, ou mesmo lançando questões abertas para que os usuários se posicionem sobre o que pensam, colocando assim suas opiniões:

“Temos assembleia uma vez por mês (...) um mês acontece de manhã, no outro a tarde, para poder contemplar todos e fazer rodízios (...) [Colocamos] a data no mural, para que todos os pacientes possam participar (...) Reunimos todos e levantamos as pautas para melhorar o serviço, e para entender como eles estão e como nós estamos em relação a eles” (E4).

“Reunimos todos os pacientes ali e trazemos nossas demandas enquanto equipe, fazemos um levantamento do que eles gostariam de trazer” (E1).

“Na assembleia geral, reunimos todos os usuários que estão no serviço e perguntamos se eles têm alguma demanda” (E4).

Para os entrevistados, as pautas levantadas giram em torno daquilo que sentem falta no serviço. 4 reconhecem que há pouco compartilhamento de olhares e opiniões sobre o projeto assistencial e o funcionamento global do serviço, de modo que as reuniões estão centradas em reclamações e queixas pontuais e pouco em processos de cogestão, o que tende a definir a forma como geralmente se constitui a participação dos usuários:

“No serviço que trabalho, ela opera bastante, os usuários foram se apropriando desse espaço. Mas, ainda entendem esse espaço como reclamação, com pouca construção compartilhada de um projeto terapêutico de serviço” (E8).

“É um espaço de queixas, onde os usuários se queixam da falta de estrutura adequada do serviço – ‘a gente não tem isso, a comida tá ruim, tá faltando bebedouro, o banheiro quebrou’”(E2).

“As pautas que geralmente são levantadas são sobre coisas que estão faltando, mas buscamos também a responsabilização por parte deles. Vamos por tópicos, explicando-os e problematizando-os” (E3).

Dentre as queixas trazidas pelos usuários, 4 entrevistados reconhecem que a equipe costuma validá-las e que se implicam em problematizar essas questões, buscar soluções ou simplesmente se posicionar, enquanto serviço, acerca das dificuldades relativas à algumas soluções. Outro aspecto considerado é o estímulo para que os usuários se impliquem nos processos de resolução, o que tende a ampliar a participação:

“Normalmente, eles trazem demandas mais concretas, tais como ‘a comida está vindo um pouco fria’, ou então, ‘não tem TV e a gente queria uma TV para ver isso e aquilo’. Tentamos discutir com eles o que é possível fazer. Por exemplo, essa questão da comida, que chegava às onze horas e servíamos ao meio dia, articulamos e passamos a servir às onze e vinte, e assim ela ficava mais quente. Disponibilizamos também o micro-ondas para esquentar. Resolvemos e isso deixou de ser uma questão. Da questão da TV, discutimos bastante, porque na verdade não é que não tem TV, mas ela precisava de um conversor de antena digital. O que tínhamos foi furtado. Era uma questão burocrática, pois como já tinha sido dado à unidade, não podíamos comprar outro sem prestação de contas. A gente expõe a situação e eles entendem, desta forma chegamos em acordos” (E4).

“Tem bastante paciente que traz sugestões. Eles param de olhar só para o uso e começam a trazer coisas do cuidado do coletivo, por exemplo [surgiu a ideia de] fazer uma coleta consciente de lixo, e os pacientes foram atrás disso. É uma reunião familiar, vamos dizer assim. Detesto colocar essa palavra familiar no meio, porque no fundo não é uma família, são várias famílias, todas juntas em um lugar para falar do serviço. A ideia principal é melhorar o serviço” (E3).

2 destes entrevistados relatam que as queixas trazidas podem se relacionar diretamente com as necessidades da população atendida. 1 destes entrevistados percebe que há uma potencia quando a queixa apresentada se transforma em ações práticas relacionadas ao desenvolvimento dos projetos de vida e da inclusão social dos usuários, como a situação apresentada que teve como desfecho a articulação da equipe com o Centro de Apoio ao Trabalhador do município (CAT):

“Na assembleia, os usuários começaram uma discussão e colocaram que o CAPS não os ajudava na inserção no mercado de trabalho, o quanto estava difícil não terem esse apoio. Foi uma usuária muito ativa no CAPS que trouxe essa discussão, e outros concordaram com ela. Achei sensacional, porque de fato veio deles. A gerente concordou que, ao invés de criarmos outro grupo, deveríamos retomar a proposta [em um que já existe]. No mês passado, retomamos contato com o CAT para tentar uma parceria, uma aproximação. Queríamos fazer parceria [com esse serviço], mas não é tão fácil. Fomos até o CAT, conversamos e [a equipe de lá] propôs ir até o CAPS para avaliar, ver o perfil dos usuários, porque temos usuários que tem experiências legais. É bem recente esse pedido dos usuários, mas é um exemplo do que surgiu deles” (E5).

Outro entrevistado percebe que nem sempre as queixas estão acompanhadas de perspectivas inclusivas, e podem expressar situações nas quais há conflitos de opiniões acerca das necessidades dos usuários, algumas vezes compreendidas como estratégias de ocupação do tempo, e das possibilidades dos profissionais em responde-las:

“Os usuários diziam que precisavam ficar ocupados durante o dia, porque se não o pensamento que tinham era de fazer uso do álcool ou de qualquer outra substância. Então nós, profissionais, ao não propormos diversos espaços em que poderiam se ocupar, estávamos nos responsabilizando pelo uso deles, éramos responsáveis pelo uso deles. Isso gerou um grande incomodo - o que que é que a gente propõe? do que estão falando quando querem ficar ocupados? [Percebo] que eles veem isso como ‘a gente gosta de fazer artesanato, a gente gosta de pintar’ (...) Desde que iniciei no CAPS, fico incomodada com isso - ‘fazemos atividades, pintamos caixinhas, fazemos tricô’. É uma questão para mim, que lugar [essas propostas] vão ter aqui dentro (...) Discutimos com eles sobre isso (...) Em uma assembleia, [os profissionais que] estavam coordenando combinaram com os usuários de realizar uma atividade grupal para eles fazerem. Só que os profissionais que não estavam naquela reunião não concordaram com isso - ‘como assim, não gosto de fazer esse tipo de atividade, não sei fazer isso, etc.’” (E8).

4 entrevistados compreendem, de modo crítico, que em seus serviços as assembleias não refletem o que é preconizado ou idealmente estabelecido. Para eles, pouco se conseguiu avançar nas discussões que tem como centro o funcionamento do CAPS ad e a sua cogestão:

“Em relação à assembleia, é como se a gente fizesse para cumprir protocolo, para dizer que faz” (E1).

“Não é um espaço de discussão de funcionamento do serviço, ainda não chegamos nesse patamar” (E2).

Outro aspecto relatado por 4 entrevistados, é o fato das assembleias serem espaços em que as equipes levam pautas de discussão referentes à situações problemáticas que afetam diretamente a convivência entre os atores e a coletividade, buscando o posicionamento dos usuários frente a essas questões:

“Recentemente, tivemos várias assembleias porque o serviço estava com muita violência, e ficamos quase duas semanas [realizando] assembleias” (E8).

“Em alguns casos, temos assembleia extraordinária porque no CAPS ad, vira-e-mexe, os usuário fazem uso [de drogas] no serviço, e precisamos que eles se responsabilizem por isso e dizemos ‘está acontecendo isso (...) a gente entende que é um local de tratamento, entende que é difícil ficar sem, mas tem outras pessoas que estão querendo ficar sem usar’” (E4).

“Acontecem também informes punitivos – ‘quebraram não sei o quê, roubaram não sei o quê’ – e se discute isso nesse espaço” (E2).

Ainda que, de forma geral, os entrevistados percebem a participação dos usuários como algo estimulado nas assembleias, 3 entrevistados reconhecem que há pouca apropriação destes espaços que, muitas vezes, possuem número reduzido de participantes, tanto de usuários quanto de profissionais:

“Os usuários não costumam vir espontaneamente para a assembleia. Quem participa são aqueles que estão no dia, porque tem atividades, como grupos. Não os vejo indo em dia que não tem atividades (...) a assembleia nunca está repleta de usuários, costuma durar bem pouco pelo quórum ser reduzido” (E4).

“A gente avisa os pacientes no dia que vai ter assembleia, com uma lógica de – vamos fazer assembleia no dia x porque no dia x vai ter mais gente, porque se a gente for avisar que vai ter assembleias eles não vem. Então é uma coisa bem imposta. Em toda assembleia, a gente enfatiza a importância daquele

espaço, mas muitos deles não querem participar – ok, vamos respeitar. Mas, a gente tem tentado mudar um pouco essa lógica de entendimento, para a gente e para eles, do que é aquele espaço da assembleia” (E1).

1 entrevistado relaciona esse caráter de queixas e reclamações prevalente nas assembleias ao fato dos profissionais não desejarem ou evitarem participar destas reuniões:

“A equipe, em sua grande maioria, evita estar. É sempre um dilema, quem começa e quem coordena a assembleia” (E2).

2 entrevistados compreendem que os dispositivos de participação não se resumem a assembleia, mas contemplam também o Conselho Gestor da Unidade. 1 destes entrevistados relata que, em seu serviço, há usuários que se apropriam e participam ativamente dessa estratégia:

“Fora a assembleia, temos também o conselho gestor, que tem duas pessoas do segmento usuários bastante presentes. Eles reivindicam, vão em todas as reuniões, estão mais articulados com o que é possível e o que não é possível. Então está muito legal essa questão de como o usuário é visto e ouvido pelo serviço” (E4).

Outro entrevistado percebe que essas duas estratégias se diferenciam em relação à necessidade de maior engajamento dos atores na resolução das questões e problemas levantados. Compreende que a baixa participação está relacionada ao aspecto cultural no qual a dimensão dos direitos e deveres, especificamente da luta e organização para garantia de direitos, é pouco estimulada:

“Recentemente temos tido inclusive dificuldade em constituir e coordenar o conselho gestor da unidade. Às vezes essas coisas se misturam, o que é o conselho gestor e o que é a assembleia. Eu participo, tento participar dos dois. Mas é difícil sustentar isso, como é que a gente faz com que seja mais proativo, porque é uma forma de participar do serviço, não como na assembleia que o sujeito vai lá e só reclama – não tem isso, não tem aquilo, não faz nada. O conselho gestor é o sujeito que vai lá, diz que não tem e propõe soluções. Mas esse comportamento é educacional, a gente não aprende a discutir esses direitos e deveres na vida (...) Como é que você ensina alguém que não sabe que tem direito de uma coisa a buscar o direito dela? Então é muito difícil você tratar disso com outros trabalhadores e com os usuários do CAPS ad” (E2).

6. DISCUSSÃO: Pressupostos conceituais, práticos e contextuais que orientam a produção do cuidado, a organização das práticas e o desenvolvimento dos grupos nos CAPS ad

6.1. As concepções e percepções acerca da população atendida e do papel do CAPS ad

Compreende-se que, na percepção dos entrevistados, a produção do cuidado é resultado da composição de diferentes discursos e expectativas que equipes, usuários e sociedade apresentam sobre as problemáticas relacionadas às drogas e à assistência. Portanto, a perspectiva dos entrevistados acerca da população atendida pode ser sintetizada a partir dos seguintes eixos compreensivos: 1) a produção social do estigma; 2) a produção de identidades negativas; 3) a produção social das desigualdades e de trajetórias sociovitais de vulnerabilidade ou desfiliação; e 4) a caracterização de comportamentos e relações interpessoais consideradas desafiantes e conflitivas.

A maioria dos entrevistados percebe que o olhar dirigido pelo conjunto da sociedade aos usuários de drogas está fundamentado no paradigma do desvio social e da periculosidade. A visão sociocultural dominante atribui imagens e sentidos vinculados à criminalidade, vagabundagem, violência e agressividade, o que implica na produção social dos processos de estigmatização e invalidação aos quais essa população está submetida. Desta forma, o horizonte discursivo socialmente legitimado em relação aos usuários de drogas é perpassado por atributos negativos, rótulos e imagens depreciativas e de suspeita, e tende a colonizar não apenas *o imaginário social*, como também *as práticas relacionais e as trocas sociais e simbólicas e os espaços de produção da vida material*, o que converge com os apontamentos da literatura do campo (Ronzani, Furtado, 2010; Ronzani et al., 2015; Carneiro, 2002; Souza, 2018).

Os entrevistados observam os impactos desses processos sobre as condições sociais de vida, saúde e sofrimento. Para metade deles, a relação que a sociedade estabelece com os usuários de drogas está marcada por práticas de discriminação, repúdio e culpabilização, e os serviços e ações de saúde não estão alheios à isso, na medida que seus profissionais também compartilham dessa visão sociocultural e muitas

vezes exercem práticas discriminatórias, que podem resultar na criação de obstáculos para o acesso e na recusa de atendimento e assistência aos usuários de drogas.

A minoria dos profissionais entrevistados considera que há aspectos socioeconômicos, territoriais e de raça/cor que atuam como intensificadores da estigmatização, cuja consequência é a ampliação da criminalização, vulnerabilização, da marginalização e do isolamento social de determinadas parcelas da população usuária de drogas, como é o caso das pessoas negras, pobres e que vivem nas periferias da cidade ou em situação de rua. Este aspecto é debatido por pesquisadores que estudam as implicações de mecanismos de controle social que intervêm nas práticas em relação aos grupos sociais minoritários e marginalizados (Mountian, 2017; Oliveira, 2017; Souza, 2018).

Outro aspecto que emergiu nas entrevistas é a associação entre esses processos sociais e a modulação de identidades sociais desenvolvida na relação que os usuários estabelecem consigo mesmos. Metade dos profissionais percebe que os usuários *se veem e se determinam como pessoas* desqualificadas ou incapacitadas para os atos da vida social, bem como submetidas à narrativas sobre si baseadas na fragilidade do controle sobre desejos, vontades e comportamentos, no fracasso pessoal em relação aos projetos de vida e no desvio às normas sociais.

Como é apontado em estudos sociológicos (Pinto, 1991; Berlatto, 2009) e da saúde (Ronzani, Furtado, 2010; Ronzani et al., 2015), a construção dessas narrativas identitárias está relacionada aos processos de estigmatização, cuja dimensão relacional é relevante para compreender o fenômeno em questão. A auto-atribuição de sentidos negativos baseia-se não somente na incorporação do discurso dominante sobre a imagem social dos usuários de drogas, mas fundamentalmente nas experiências que compõem as trajetórias sociovitais dessa população, tais como: a) o convívio com outras pessoas as quais os usuários acreditam não apresentar problemas com drogas ou que apresentam integração socioeconômica e relacional coesa e papéis sociais funcionais (mecanismos de diferenciação); b) as experiências de ruptura com a normatividade social, que tendem a serem vividas com alto grau de particularização e culpabilização individual (mecanismos de individualização); c) a percepção de fracasso pessoal em relação ao desenvolvimento de seus projetos de vida nos âmbitos material, afetivo e relacional (mecanismos de individualização); e d) o compartilhamento de vivências de baixa aceitação, reprovação e exclusão, que orientam os sentimentos e as percepções

acerca de como são tratados nas diferentes relações e espaços sociais (mecanismos de contextualização).

A relação entre o social e o individual constitui, assim, a autoidentidade dos usuários. Ao caracterizar a visão sociocultural, os entrevistados reconhecem a presença do processo de estigmatização identificado em natureza moralizante e de desqualificação da diferença, a partir do exercício de juízos de valor atuantes nas relações sociais e que parecem se incorporaram ao senso comum.

Embora não referido como parte característica da visão sociocultural, chama a atenção a somatória da perspectiva social da doença com a do estigma na construção da identidade vinculada à condição de doente ou dependente. Neste sentido, parece estar implícita a ideia de que na sociedade prevaleçam, para definir a visão sobre os usuários de drogas, as concepções morais mais do que a de adoecimento (Ronzani et al., 2015). Ou mesmo, de que a noção de adoecimento seja inerente à tomada de posição de algumas tendências do campo da saúde que buscam se diferenciar, ou mesmo, se apresentar como superação das noções morais sobre a dependência e o consumo de drogas (Pratta, Santos, 2009).

Essas perspectivas atuam como mecanismos norteadores dos processos autoidentitários vividos pelos usuários de drogas que são atendidos nos CAPS ad. A autoidentidade, produzida na articulação entre o eixo moral e o da doença, tende a ser percebida como estável, limitadora e depreciativa sobre si, constituindo identidades negativas relacionadas ao consumo e ao desenvolvimento de problemas com as drogas, que se originam e se ajustam de modo eficiente aos processos de estigmatização (Pinto, 1991; Berlatto, 2009).

Neste contexto, abre-se **o primeiro conjunto de reflexões** relacionado às continuidades e descontinuidades entre os processos sociais abordados e a produção do cuidado nos CAPS ad.

A partir da consideração acerca da visão sociocultural e da identidade social predominantes, nota-se que os CAPS ad são espaços sociais que, ao reunirem **conjuntos particularizados de pessoas**, socialmente condenáveis devido ao consumo de drogas e que vivenciam de modo pessoalizado fracassos no desenvolvimento de projetos de vida, tendem a serem vistos pelos usuários como parte dos **mecanismos e instituições da sociedade** vinculados à produção de respostas dirigidas à abstinência ou à superação do consumo, no âmbito das práticas de saúde.

Para alguns entrevistados, essa visão de finalidade é compartilhada também por muitos profissionais que atuam nos CAPS ad, que tendem a vincular, de modo explícito ou implícito, discursos e práticas relacionadas à promoção da abstinência, que é concebida como critério de eficácia e de avaliação da atenção ofertada pelos serviços. Para Bauleo (1977) as práticas que caracterizam os serviços e ações assistenciais expressam concepções, valores, discursos e expectativas presentes no contexto social e difundidas pela opinião pública, no tocante ao desenvolvimento do trabalho em saúde mental.

Desta forma, o processo de cuidado pode ser orientado por horizontes discursivos legitimados socialmente, ao ser organizado mediante relações de poder, saberes e tecnologias que convergem com as expectativas do contexto social:

A dimensão institucional transcende os edifícios. Enquanto rede simbólica que articula componentes funcionais e imaginários, sua presença nos grupos pode ter diferentes graus de visibilidade e invisibilidade. (...) As instituições fazem parte das redes do poder social. Em circuitos macro ou micro, a instituição constitui um fator de integração em que as relações de força se articulam em formas de visibilidade, como aparelhos institucionais, e formas de enunciabilidade, como suas regras. Enquanto figura intersticial, a instituição será um lugar onde o exercício do poder é condição de possibilidade de um saber e onde o exercício do saber se transforma em instrumento de poder (Fernández, 2006, p.203-204).

A maior parte dos entrevistados percebe que nas demandas expressas pelos usuários tende-se a atribuir às drogas o problema central e ao consumo a condição pessoal indesejável. Identificam que, para os usuários, o consumo de drogas significa a causa das vivências de interrupção ou ruptura dos laços afetivos e sociais e da vida produtiva, e que a possibilidade de resgatar esses aspectos significativos da vida social se condiciona à eficácia de um modo de vida abstinente, que superou o consumo de drogas.

Novamente, a concepção de vida não condenável ou normalizada segundo o que é esperado socialmente (Pinto, 1991; Berlatto, 2009), ou seja, o oposto da forma como os usuários percebem a si mesmos e são vistos pelo contexto sociocultural, atualiza-se nas demandas e nas perspectivas de futuro por meio das quais a população atendida atribui ao CAPS ad a finalidade de produzir ou apoiar interrupções nas trajetórias sociovitais relacionadas ao consumo de drogas.

Ao considerar tais aspectos, metade dos entrevistados parece compreender que há uma relação entre o que os usuários enunciam e o discurso estigmatizante, entre a

necessidade que os indivíduos identificam como sendo próprias deles e as expectativas do contexto sociocultural ao qual estão inseridos. Em que pese a necessidade de validar a demanda dos usuários, tendo em vista o sofrimento que expressam e as perspectivas que almejam, os entrevistados reconhecem que o trabalho no CAPS ad não deve se limitar à promoção da abstinência, mas sim ser orientado para a ampliação de olhares e práticas em relação às problemáticas vividas por essa população: o CAPS ad deve se diferenciar dos discursos e expectativas sociais e propor outros modos de compreensão e, conseqüentemente, de intervenção sobre a questão das drogas.

Nesse sentido, é perceptível na reflexão dos entrevistados a presença das proposições da Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras drogas, instituída no ano 2003 (Brasil, 2003).

É consenso entre os entrevistados que as demandas e necessidades dos usuários são determinadas socialmente, principalmente pela existência de contextos sociais, econômicos, territoriais, relacionais e culturais que produzem vulnerabilidades. A partir dessa compreensão, a construção da visão sobre a população atendida é mediada pela percepção das desigualdades e vulnerabilidades sociais, da precariedade das redes sócio relacionais e da fragilidade de recursos sociais, pessoais e subjetivos. Tais fatores estão implicados no desenvolvimento de trajetórias sociovitais de vulnerabilidade ou desfiliação social (Castel, 1997).

Essa visão implica também na forma como metade dos entrevistados compreende o consumo de drogas, que tende a ser visto como estratégias criadas no interior das trajetórias sociovitais singulares para atenuar, aliviar ou lidar com sofrimentos vinculados às condições desfavoráveis de vida. Diferenciam-se, assim, das compreensões centradas na visão moral ou biologicista, e se alinham ao que preconiza a Política de Saúde Mental (Brasil, 2003).

Desta forma, as práticas de escuta e diálogo trazem como desafio a problematização da demanda por abstinência, diante da complexidade com a qual as histórias de vida e as necessidades se apresentam. Implicam na construção de reflexões e significados que consideram as determinações sociais do processo saúde-doença-cuidado e que problematizam as condições pelas quais se constroem identidades naturalizadas vinculadas à doença ou à dependência (Brasil, 2015a).

Há, portanto, a emergência de um saber técnico-político e um olhar para o cuidado que se diferencia da visão sociocultural e das demandas provenientes da

autoidentidade negativa, ao propor como princípio a integralidade e ao estabelecer como finalidades da atenção a redução de danos, vulnerabilidades e desigualdades, a garantia de direitos e a articulação de redes de cuidado (Brasil, 2003).

Entretanto, nota-se também a emergência de outros atributos negativos dirigidos às identidades dos usuários, no tocante ao conjunto de percepções acerca de como os entrevistados percebem as interações e os relacionamentos interpessoais que a população atendida estabelece com as equipes. Metade dos entrevistados percebem os usuários como pessoas imediatistas e exigentes, que demandam dos profissionais prontidão e urgência de respostas. Tais características são apontadas como geradoras de conflitos entre usuários e profissionais, na medida em que os serviços e as estratégias assistenciais tendem a produzir respostas processuais que não coincidem com a temporalidade investida nessas demandas.

Os usuários também são vistos como pessoas que apresentam dificuldades em dar continuidade ao cuidado. A minoria dos entrevistados considera que tal característica está associada às dinâmicas singulares de vida, que são marcadas por mudanças constantes e interações abruptas, o que pode gerar conflitos, ser desafiante ou frustrante para as equipes. Este último aspecto pode resultar em atitudes hostis e condenatórias por parte dos profissionais.

Desta forma, percebe-se a presença de mecanismos de diferenciação e categorização que emergem da dimensão relacional implicada na convivência cotidiana e nas trocas sociais e simbólicas estabelecidas entre profissionais e usuários, que incidem sobre os modos de ver e significar determinadas características que se considera particulares à população atendida. Ainda que essas percepções expressem aspectos concretos das relações vivenciadas, a forma como elas emergem, enquanto definidoras de atributos, pode indicar a diferenciação que um grupo estabelece em relação ao outro (Pinto, 1991; Berlatto, 2009), que o grupo-profissionais realiza sobre o grupo-usuários, que se distancia da reflexão sobre os aspectos contextuais, relacionais e institucionais por meio dos quais se dão esses comportamentos.

6.2. Produção das respostas assistenciais e a organização das práticas: desafios da construção da atenção e da participação dos usuários

Os entrevistados compreendem que as práticas de cuidado não devem estar condicionadas à interrupção do consumo de drogas. Consideram ser necessário escutar, dialogar e transformar a percepção sobre o problema identificado a partir dos encontros entre profissionais e usuários no cotidiano dos serviços, nos acolhimentos, nos atendimentos de referência, nos grupos, etc., visando ampliar a reflexão e minimizar atribuições pessoais e culpabilizantes.

Para a maioria dos entrevistados, a diretriz da redução de danos é apontada como orientadora de suas abordagens. Esta orientação implica na escuta e valorização do desejo dos usuários e no fortalecimento da qualidade de vida, posturas que norteiam a identificação de necessidades, a organização de respostas e a coordenação dos processos de cuidado.

Todavia, identificam nas equipes a presença de profissionais identificados com a perspectiva da abstinência, o que ocasiona conflitos em relação ao alinhamento às diretrizes da política e cria obstáculos relativos à construção de linguagens e projetos comuns de atenção. Ou seja, nas relações e na organização do processo de trabalho nos CAPS ad, se percebe a disputa entre posições ligadas à distintos horizontes práticos, formativos e discursivos.

Segundo Ayres (2009), no âmbito das ações, em suas finalidades instrumentais ou estratégicas, se apresenta o desafio de lidar com a diversidade. Esta pode ser vista como desagregadora de modelos de atenção construídos com base na totalização, ou como produtora de tensões capazes de enriquecer e flexibilizar as perspectivas em jogo, por meio da construção compartilhada de diálogos produtivos entre as tecnologias implicadas na produção das ações de saúde.

Em que pese a crítica sobre o paradigma da abstinência, enquanto finalidade das ações e abordagens do CAPS ad, nota-se que os entrevistados se engajam em diálogos com suas equipes que visam modificar as lógicas assistenciais a partir do alinhamento com as diretrizes preconizadas pela Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003). Metade dos entrevistados compreende que as ações e abordagens do CAPS ad devem estar centradas no fortalecimento de fatores individuais e sociais que

facilitem a inclusão social, por meio da ampliação de recursos e de redes que possam garantir direitos e enfrentar iniquidades.

Desta forma, a inclusão social é vista como finalidade da atenção, e os profissionais devem atuar ativamente nessa direção como mediadores e facilitadores de relações e trocas sociais com o território, seus serviços e atores sociais, buscando garantir o acesso e a utilização de recursos sociocomunitários, que incluem as Unidades Básicas de Saúde, os Serviços de Acolhimento, os espaços de produção de cultura e lazer, etc., a partir das práticas de matriciamento e de fortalecimento da comunicação entre os serviços.

Portanto, o CAPS ad, pelo menos do ponto de vista de sua finalidade assistencial, deve ter como norte a integralidade. Os entrevistados compreendem que as equipes devem desenvolver suas práticas a partir da escuta comprometida com as questões e necessidades dos usuários, se responsabilizar por elas e fazer redes.

O segundo conjunto de reflexões proposto está centrado na consideração de que há dissociação entre a escuta e o diálogo, que orientam os processos de cuidado como construção de projetos individualizados de qualificação da vida articulados à questões ligadas à inclusão social, e a baixa inclusão dos usuários no planejamento e na proposição das ações assistenciais. Esse nó crítico está centrado nas *condições de produção da oferta de práticas grupais e dos projetos assistenciais*.

Na construção do cotidiano do CAPS ad, os grupos são vistos como tecnologias preconizadas pela Política de Saúde Mental e pertinentes à atenção psicossocial. Para a maioria dos entrevistados, constituem o carro-chefe da atenção e compõem os projetos assistenciais, muitas vezes identificados como as “grades de atividades” ofertadas pelos serviços. Desta forma, os grupos representam a diversificação das atividades assistenciais, cuja finalidade é intervir sobre aspectos individuais e coletivos, por meio da reunião de usuários aos quais se atribuem determinadas características comuns relacionadas à leitura que os profissionais realizam sobre suas demandas e necessidades. Ou seja, as práticas grupais podem estar implicadas em compreensões simplificadoras que as concebem apenas pelo caráter procedimental e instrumental na construção da atenção psicossocial.

A minoria dos entrevistados reconhece que os grupos são uma estratégia de economia para a gestão frente à elevada demanda dos CAPS ad, pois possibilitam o atendimento de mais usuários ao mesmo tempo. Os grupos ofertados pelos serviços

assistenciais resolvem apenas o problema da “quantidade de pacientes abordados, mas não a qualidade e continuidade dos atendimentos” (Fernández, 2006, p.222).

Esse tipo de percepção é amplamente discutida na literatura sobre grupos, que identifica a existência de pressupostos relacionados à ideia de economia de recursos na organização de serviços, de opção em relação à impossibilidade de se ofertar práticas terapêuticas individuais em serviços públicos e de popularização de tecnologias do campo psi (Rodrigues, 1999). Tais considerações partem da avaliação de que a atenção individual tem por si só maior qualidade e que os grupos representam práticas cuja qualidade teórica e técnica é inferior.

No tocante à construção do cotidiano assistencial, os entrevistados apontam que os CAPS ad desenvolvem rotinas assistências preconcebidas, devido à necessidade de organização estável dos serviços, e que são construídas em reuniões nas quais as equipes se engajam em práticas de planejamento, que tem como finalidade a definição dos processos de trabalho e a oferta de atividades grupais. Para Bauleo (1977), os rituais institucionais dos serviços assistenciais não estão dissociados das determinações sociais, econômicas, culturais, formativas e afetivas implicadas na definição de processos de cuidado e de diferenciação de papéis institucionais entre profissionais e população-alvo dos serviços. Como resultado, as rotinas assistenciais passam necessariamente pela definição de tempos e espaços objetificados, que envolve a subjetividade daqueles que as planejam.

Nesse sentido, as práticas de planejamento, proposição e revisão orientadas à organização da atenção relatadas pelos entrevistados, podem ser vistas pela ótica dos rituais institucionais, pois envolvem processos decisórios centrados nas relações institucionais e nos saberes, conceitos e técnicas que compõem os esquemas de referência dos profissionais. Pode-se dizer que os rituais institucionais dos CAPS ad estão centrados nas equipes, que definem e organizam o projeto assistencial, o que resulta na proposição de “grades de atividades” rígidas nas quais os grupos são as principais estratégias. Tal rigidez se expressa: 1) na definição de ofertas terapêuticas preconcebidas, que são vistas como recursos disponíveis para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, e se assemelham ao caráter procedimental da produção do cuidado; 2) no funcionamento pouco flexível do cotidiano assistencial que os profissionais buscam desenvolver no decorrer de um ano; 3) na adoção de indicadores institucionais de produtividade assistencial e de emprego do tempo e da força de

trabalho; e 4) na dificuldade de engajamento com outras práticas de cuidado que dialogam com a imprevisibilidade proveniente das necessidades dos usuários e com a inventividade de outras formas de trabalho, menos rígidas e mais condizentes com o caráter dinâmico e não totalmente planejável da atenção em saúde.

A *problemática da relação estabelecida entre as equipes e os usuários* é percebida a partir do *modo de produção de serviços assistenciais que dissocia quem planeja de quem é destinatário da intervenção*. Neste processo, se atribui peso maior aos saberes e às definições dos profissionais e pouca abertura aos saberes e à participação direta dos usuários. Nas práticas de planejamento, observa-se que as equipes privilegiam seus desejos, interesses e disponibilidades na tomada de decisão a respeito do que será ofertado, por quem e em qual momento.

Nesse processo, emergem diferentes formas de proposição de grupos: 1) centradas na leitura que os profissionais realizam acerca das demandas e necessidades dos usuários (olhar técnico); 2) orientadas pelo que as equipes consideram ser importante ofertar (abordagens preventivas, curativas, reabilitatórias, de tratamento); 3) voltadas para o levantamento de sugestões dos usuários, que se transformam em temas ou objetivos dos grupos (participação indireta, que depende da disponibilidade da escuta dos profissionais e de sua validação); e 4) focadas no que os profissionais julgam poder oferecer, do ponto de vista de suas predileções e habilidades (saberes, técnicas, valores e crenças pessoais ou profissionais).

Para metade dos entrevistados, essas formas de proposição são consideradas problemáticas e contraditórias, na medida em que há dissociação entre as opções abertas às preferências profissionais e as necessidades e desejos dos usuários. Nesse sentido, *pode não haver correspondência entre a oferta preestabelecida dos CAPS ad e as necessidades da população atendida*, o que contraria o ideário da construção de ações e serviços de saúde mental que dialoga com os saberes e perspectivas dos usuários e que está centrada em suas necessidades (Brasil, 2003).

Por sua vez, as práticas de revisão ou avaliação do projeto assistencial adotam perspectivas pragmáticas e simplificadoras, que são guiadas pelo desejo dos profissionais de não realizar determinado grupo, de se inserir em outros, de retirar das “grades” os grupos pouco frequentados pelos usuários. Nota-se a dificuldade das equipes em desenvolver processos de reflexão, análise e problematização de suas práticas, o que poderia impulsionar transformações nas propostas instituídas ou modos

mais qualificados de construção de propostas grupais e assistenciais. Desta forma, observa-se o enfraquecimento da possibilidade de recriação permanente da vida coletiva nos serviços, de modo que o cotidiano das atividades se torna ritualizado e hierarquizado (Guatarri, 1992).

Ainda que as demandas e necessidades dos usuários façam parte das preocupações discutidas pelas equipes, a construção de mecanismos e estratégias que façam valer sua participação no planejamento dos serviços é um desafio: a escuta do ponto de vista dos usuários, a compreensão do que para eles é significativo, o estabelecimento de relações de parceira que valorizam seus desejos e perspectivas de vida, são pouco mobilizados neste âmbito.

O projeto assistencial é formulado pelas equipes sem a presença dos usuários, que não são diretamente convidados a expressar suas necessidades, expectativas e perspectivas no âmbito do planejamento da atenção, o que ocorre apenas nos espaços em que se desenvolvem as ações e abordagens terapêuticas ou de construção de PTS. Assim, o caráter clínico se dissocia do institucional e político, o que implica no risco da sua redução em simples procedimentos técnicos.

A participação dos usuários ainda está circunscrita no plano clínico e da construção de projetualidades individuais, por meio da escuta que busca estimular que eles falem sobre suas experiências de adoecimento, perdas, carências, necessidades, desejos, expectativas, etc. Os rituais institucionais de planejamento, proposição e revisão do projeto assistencial reproduz a assimetria entre os saberes e perspectivas dos profissionais e os saberes e perspectivas dos usuários, entre os lugares diferenciais aos quais a visão sobre suas identidades (do profissional e do usuário) permite ou não a participação.

Para Guattari (1992), nesse modo de produção dos serviços assistências há a reprodução de relações diferenciais entre atendentes e atendidos, que expressa a ausência de horizonte participativo capaz de produzir transformações dos lugares institucionais, das rotinas burocratizadas e da passividade gerada pelos sistemas de hierarquia tradicionais. Ou seja, predominam as perspectivas tecnocráticas em relação as perspectivas éticas e participativas.

Segundo os entrevistados, nota-se também que nos CAPS ad há duas prerrogativas institucionais relacionadas ao trabalho com grupos. A primeira prerrogativa é a de que os grupos sejam coordenados por mais de um profissional,

geralmente de diferentes profissões, que compartilham entre si as tarefas técnicas básicas de planejamento e discussão dos encontros e de escrita nos prontuários. A segunda é a de que cada proposta se efetive em um encontro semanal de uma hora ou uma hora e meia.

Essa organização das práticas delimita tempos e espaços institucionais e diferencia os papéis dos profissionais e dos usuários no cotidiano assistencial. Os profissionais realizam seus trabalhos nos grupos, enquanto os usuários neles se reúnem para receber alguma intervenção assistencial, conforme a indicação prévia de atividades inseridas em seus PTS. Mais da metade dos entrevistados reconhecem que essas prerrogativas dos serviços podem estar vinculadas à necessidade organizacional de que cada grupo tenha continuidade, mesmo na ausência de um ou outro profissional, e de que cada usuário esteja inserido em propostas indicadas pelos profissionais de referência, nas quais busca-se adequar as necessidades dos usuários às atividades ofertadas pelo serviço.

Outro aspecto relevante é o de que as assembleias e o conselho gestor são vistos como os espaços institucionalmente delimitados para a participação dos usuários. A minoria dos entrevistados percebe que os usuários são estimulados a participar do planejamento apenas para validar as propostas construídas pelas equipes, o que geralmente ocorre no contexto das assembleias. Entretanto, percebem dificuldades relacionadas ao engajamento e mobilização dos usuários quanto à identificação, definição e planejamento das estratégias assistenciais, e à coletivização de valores, orientações e práticas relacionadas ao projeto assistencial dos serviços. Segundo Fernández, ao pensar os projetos assistenciais, “se a oferta for grupal, para que seja efetiva deve estar assentada em uma organização também grupal” (Fernández, 2006, p.222).

Ouvir usuários e garantir sua participação relaciona-se à disponibilidade apresentada por determinados profissionais, não se constituindo como norteador do trabalho institucional. A dimensão da transformação social das relações hierárquicas em práticas democráticas não é favorecida pelos rituais institucionais. Para Guattari (1992), no trabalho institucional, mobilizar processos participativos não depende exclusivamente de estratégias para estimular os usuários, mas fundamentalmente de construir horizontes de um projeto comum.

Os entrevistados, ao relatarem os processos de construção da atenção nos CAPS ad, percebem que a organização das ações e abordagens relacionadas aos projetos assistenciais não implica na instauração de um campo coletivo e participativo capaz de produzir diálogos, problematizações e vitalização das práticas, mas sim na definição de um projeto instrumental e normativo. Referem que esse processo é permeado por desconfortos em relação aos aspectos éticos e políticos, mas não há clareza quanto à quais direções tomar, quais horizontes vislumbrar. A diversidade das ações não é claramente negada, mas incorporada à lógica da oferta instrumental e procedimental que orienta a assistência.

6.3. A construção de concepções sobre o trabalho com grupos: conceitos, práticas e necessidades formativas

Bauleo (1977) considera que o conceito de grupo expressa o grau de abstração possibilitado por processos de reflexão e elaboração cujas condições de produção estão atreladas à categorias empíricas, à noções acerca da experiência grupal dos indivíduos e aos horizontes teórico-discursivos que os animam.

Os entrevistados elaboraram conceitos de grupo a partir de premissas gerais baseadas em suas experiências e na atribuição de sentidos vinculados ao caráter coletivo das intervenções. Desta forma, esses conceitos remetem mais às lógicas grupais e coletivas referidas à determinadas formas de trabalho no campo psicossocial e às experiências pessoais e profissionais dos entrevistados, do que às formulações teóricas específicas da literatura sobre grupos ou aos horizontes discursivos de transformação social vinculados à essas práticas. Há a percepção de que as teorias apreendidas durante a formação nem sempre condizem com os desafios do trabalho nos serviços de saúde.

As opiniões dos entrevistados sobre as práticas grupais ressaltam a potencialidade dos grupos vinculada às *noções práticas e técnicas, contextuais, e funcionais*. Tais noções estão implicadas na conceitualização de um âmbito próprio do grupal, que não se condiciona totalmente ao seu caráter procedimental e visa a produção de efeitos grupais (Bauleo, 1977).

As *noções práticas e técnicas* remetem aos modelos de coordenação de grupo incorporados às práticas dos profissionais. Para a maior parte dos entrevistados, a mediação das relações interpessoais e dos conflitos é vista como tarefa básica dos

coordenadores, que devem buscar proteger os usuários de situações e discursos hostis, para que se sintam menos constrangidos ao revelar suas histórias de vida e necessidades.

A facilitação dos encontros também aparece como tarefa dos coordenadores, cuja função é estimular e preservar o processo grupal e qualificar as possibilidades de interação afetiva entre os participantes, por meio do desenvolvimento de estratégias de estímulo ao diálogo, à interação e ao compartilhamento de experiências pessoais de vida e de mudança. Para a maioria dos entrevistados, reunir os usuários em grupos tem como finalidade estratégica colocá-los em contato uns com os outros e com suas perspectivas. Outra tarefa técnica identificada é orientada por práticas de decisão coletiva ou de votação entre os participantes acerca de temas, propostas e sugestões de atividade irão aderir coletivamente no desenvolvimento dos grupos.

Estas três tarefas técnicas podem contribuir para minimizar as reações punitivas e condenatórias exercidas entre os próprios usuários, possibilitar formas de relação que se diferenciam das práticas discriminatórias do contexto sociocultural e fomentar processos participativos no interior dos grupos.

A **noção de contexto** remete à ideia de grupo como espaço no qual os indivíduos podem protagonizar diversos tipos de comunicação e trocas. Os espaços grupais são vistos como produtores potenciais de convívio social e de reinserção nas relações sociais, mediante a aceitação de diferenças que se expressam no indivíduo ou nos outros. A aceitação é possibilitada pelos encontros nos quais há compartilhamento e identificação com sofrimentos e histórias de vida, que podem resultar em sentimentos de pertencimento e valorização social. Mais da metade dos entrevistados percebe que o encontro entre pessoas que vivenciam situações semelhantes tem como potencialidade a construção de relações de cumplicidade e de reconhecimento mútuo.

A **noção de função**, por sua vez, considera que o grupo pode responder às necessidades decorrentes do isolamento social e das dificuldades vivenciadas nos relacionamentos interpessoais, por meio da possibilidade de mudança dos modos de relação com o mundo, principalmente devido ao contato com a diversidade de pensamentos e perspectivas. A aprendizagem social também é apontada como função dos grupos, na medida em que há a possibilidade de se apreender com o outro, mediante a troca de saberes e a observação de comportamentos e condutas que os participantes assumem diante os problemas e situações comuns.

Tais aspectos funcionais, para mais da metade dos entrevistados, podem fomentar a autonomia e a inclusão social, na medida em que a participação no grupo permite com que os usuários sustentem e incorporem mudanças individuais à vida social, o que pode resultar em mudanças nos esquemas referenciais, afetivos e comportamentais que constituem seus modos de vida, e na qualificação da participação, no tocante à possibilidade de construir práticas de pertencimento e implicação mútua nas questões e dificuldades vividas no cotidiano. Desta forma, o grupo é visto como alternativa às situações, vivenciadas pelos usuários, produtoras de vulnerabilidades e de fragilização dos vínculos sociais e relacionais.

O terceiro conjunto de reflexões considera que o trabalho com grupos (produção institucional) e nos grupos (práticas de coordenação) nos CAPS ad não estão vinculados à perspectivas teóricas e técnicas específicas ou à horizontes de transformação social e institucional, mas se conforma à modalidades de intervenção dos serviços de saúde: o que há são misturas e entrecruzamento de lógicas e práticas grupais que funcionam como “caixas de ferramentas” (Merhy, Franco, 2006), que se definem a partir de tensões entre o saber-fazer dos profissionais e as exigências provenientes da organização e do projeto assistencial dos serviços.

Nota-se que, nos grupos, os profissionais experimentam liberdade de criação e de proposição de atividades, temas, tarefas e dinâmicas, centradas na relação que constroem com os usuários e na identificação de suas necessidades, desejos e sugestões individuais e coletivas. Os “desenhos grupais” (Fernández, 2006) que daí provêm, ou as formas de modelagem das estratégias grupais, tende a se constituir no campo de tensão entre o dinamismo das invenções para estimular a produção coletiva e a autonomização pragmática de propostas assistências grupais.

De modo geral, as lógicas grupais identificadas nos relatos dos entrevistados estão centradas no desenvolvimento de práticas de compartilhamento de experiências e desejos, ajuda entre pares, terapias grupais, inclusão social e educação em saúde. Tais lógicas se concretizam nas estratégias de acolhimento, sensibilização, discussão, atividades temáticas, compartilhamentos diversos, tratamento e de inserção nos recursos sociocomunitários e sociopolíticos da cidade.

Nos grupos de acolhimento, oportuniza-se a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais mediante a escuta e a validação dos saberes e dos sofrimentos, bem como a possibilidade de desconstruir expectativas de interação e/ou

medicação como únicas possibilidades de cuidado. Nos grupos de sensibilização, busca-se informar e refletir sobre o consumo de drogas, identificar perdas e prejuízos individuais, como também promover mudanças e adesão à estratégias de redução do consumo.

Nos grupos temáticos ou terapêuticos, visa-se intervir sobre aspectos relacionados aos desafios da organização da vida cotidiana, ao manejo de sintomas corporais e psicológicos, às relações interpessoais, à ressignificação das histórias de vida e às habilidades sociais. Nos grupos psicoterapêuticos dá-se ênfase às questões relativas aos processos individuais, como o autoconhecimento e autopercepção, e coloca-se em análise suas condutas e ações pessoais, visando qualificar o manejo de situações-problema, como o consumo de drogas.

Nos grupos de encontro, objetiva-se compartilhar experiências e desejos, ampliar a participação e o engajamento em processos reflexivos e de enfrentamento das situações desafiadoras. Nos grupos de inclusão social constroem-se possibilidades de circulação, acesso e ressignificação dos recursos socioculturais do território e da cidade, como forma de potencializar a relação dos usuários com seus territórios e fortalecer vínculos sociocomunitários.

Para Bauleo (1977) e Fernández (2006), alguns aspectos permeiam a problematização do trabalho nos grupos, tais como: 1) a reflexão acerca das práticas de coordenação; 2) a criação de condições de possibilidade para a produção coletiva dos grupos; e 3) e a necessidade de analisar as práticas de sugestão, manipulação e indução, provenientes das determinações institucionais que resultam na dissociação entre os saberes técnicos e os saberes dos usuários. Esta última, pode ser vista como expressão da utilização de recursos teórico-técnicos pouco qualificados, devido à fragilidade formativa sobre as práticas grupais e os processos psicossociais.

As práticas de coordenação, segundo Bauleo (1977), estão vinculadas à distintas possibilidade de experiência e vivência em processos grupais, e podem ser vistas a partir de diferentes aspectos técnicos, institucionais, sociais e subjetivos: 1) coordenar assemelha-se à liderança do grupo e se sobrepõe aos desejos e perspectivas dos participantes, o que resulta na colonização técnica do processo grupal e das interações; 2) coordenar significa renunciar à liderança e promover maior apropriação do grupo pelos participantes, o que resulta na possibilidade de convívio com a diferença; 3) coordenar é, a partir da renúncia, tecer relações de sociabilidade nas quais se pode

desejar e afirmar a diferença mais do que conviver com ela, e abrir-se à possibilidades de organização democrática e participativa mais alinhadas às dimensões psicológicas e sociais implicadas nas necessidades e desejos dos participantes e na construção de projetos comuns.

No trabalho nos grupos relatados pelos entrevistados, nota-se a existência de perspectivas afetivas e familiaristas que atuam como formas ideais ou instrumentos básicos implicados na produção de “grupos-ilha” (Fernández, 2006), ou seja, que estão centrados em si e que se abstém de problematizar a produção institucional de atividades grupais, às quais os usuários são inseridos com pouco conhecimento prévio de suas dinâmicas ou finalidades.

Desta forma, cabe aos participantes, a partir da mediação e facilitação do coordenador, se adaptarem e construírem novos vínculos e relações com seus pares, sem necessariamente articular à esses processos outras dimensões da experiência social e de suas perspectivas e necessidades. Ou seja, é mediante a atividade proposta pelo coordenador que os usuários se reúnem e constroem sua participação cuja orientação é dada pelas tarefas previamente estabelecidas pela equipe ou pelos profissionais. É comum os profissionais relatarem que os usuários não aderem aos grupos e ao cuidado ofertado pelo CAPS ad, mas pouco se problematiza esse aspecto do ponto de vista do contexto das práticas.

Por outro lado, em algumas práticas relatadas pelos entrevistados, a atividade proposta não necessariamente se autonomiza, mas serve de contexto inicial para a produção de outros desenhos grupais a partir do engajamento e da participação dos usuários nos grupos, visando tornar viáveis e sustentáveis seus desejos, interesses e projetos coletivos de qualificação da vida.

Pode-se entender que, desta forma, o grupo, ao invés de se constituir como espaço ritualizado de abordagens centradas nos saberes técnicos, se constitui como espaço de virtualidades ligadas à produção coletiva de devires, direções e horizontes singulares (Fernández, 2006). Essa dimensão é vista nos relatos dos entrevistados sobre como os usuários se apropriam de alguns grupos, colocam seus desejos e necessidades, e se articulam ativamente para construir soluções e saídas para as problemáticas que enfrentam.

Para Bauleo (1977), essa dimensão do grupal, não redutível ao instrumental ou ao procedimental, pode ser vista a partir da produção de efeitos grupais: o que se passa

nos interstícios das relações, o que é mobilizado pelos sujeitos e o que pode vir a diferenciar-se de propostas previamente estabelecidas ou de simples agrupamentos de pessoas.

Quando se está em grupo, se está imerso nas produções grupais e implicado em suas dimensões subjetivas, sociais, políticas, institucionais, técnicas, de poder: não há neutralidade, mas sim estratégias e direções, tensões e disputas de sentido, modos de produção de subjetividades:

Embora não haja grupos sem instituição, que instituição poderá ser aquela que não seja habitada por grupos, ora aliados, ora antagônicos; em conflito ou dando origem a rede solidárias; oscilando entre os caminhos da burocratização, repetição, dissolução ou invenção e nascimento do novo? Em suma, um grupo se inscreve em um sistema institucional dado, assim como a instituição só vive nos grupos humanos que a constituem (Fernández, 2006, p.205).

A partir desse conjunto de reflexões, compreende-se que o trabalho nos grupos não se conforma totalmente à produção institucional hierarquizada e serializada de ofertas grupais, mas pode vir a apresentar efeitos grupais provenientes da produção coletiva, que expressa os graus de apropriação que os usuários realizam sobre estes espaços que lhes são designados e os modos pelos quais os coordenadores desenvolvem suas relações nestes contextos.

Todavia, o que os entrevistados apresentaram foram pistas dos processos aos quais estão inseridos, e não necessariamente os resultados do trabalho nos grupos. Tais aspectos podem apontar para a fragilidade teórico-conceitual das reflexões sobre os grupos e as instituições, fragilidade essa percebida nos relatos acerca de seus percursos formativos e na quase ausência de ofertas de formação, supervisão institucional e educação permanente por parte da gestão dos serviços de atenção psicossocial da cidade de São Paulo.

As “grades de atividades”, os grupos como procedimentos, o caráter assistencialista da atenção estão implicados, por exemplo, na necessidade de se definir, previamente, a oferta assistencial dos CAPS ad aos territórios nos quais estão inseridos. Os grupos tem dias e horários rigidamente definidos, tem hora para começar e hora para terminar, e os usuários também tem seus trajetos pelo CAPS ad definidos previamente nos PTS, ainda que seus sofrimentos e necessidades não tenham hora certa para acontecer. Os profissionais, cada vez mais reduzidos do ponto de vista da composição das equipes, se sentem sobrecarregados e se desdobram para realizar as atividades

preconizadas pelas instituições, para acolher os usuários e para lidar com a complexidade inerente aos contextos de vida e às necessidades da população atendida. A organização dos processos de trabalho nos CAPS ad está permeada pela lógica produtivista característica da privatização da gestão dos serviços assistenciais no município. Esta tende à enfraquecer os espaços de análise e reflexão sobre o trabalho e a produção do cuidado, bem como a participação dos usuários nos processos de proposição, definição e planejamento das ações que lhes são direcionadas. Em que pese o fato de que os serviços comunitários de saúde mental sempre estiveram envoltos em desafios relacionados à transformação dos modelos e práticas centrados nas lógicas manicomiais e ambulatoriais, a privatização acrescenta mais um desafio, que é a minimização da tomada de posição e reflexão acerca do público e do comum (Desviat, 2018), dimensões essas que são inseparáveis da produção coletiva dos grupos (Fernández, 2006).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal conhecer e analisar a construção e o desenvolvimento do trabalho com grupos em CAPS ad do município de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais atuantes nestes serviços e à luz das concepções e pressupostos sobre a organização das práticas e o desenvolvimento de grupos na atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: conhecer as concepções teóricas e os pressupostos conceituais e práticos do trabalho com grupos na atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; identificar e descrever aspectos relacionados às demandas e necessidades da população atendida; conhecer e discutir as práticas grupais descritas pelos profissionais; compreender e analisar a relação entre as práticas grupais e a construção da atenção no CAPS ad.

O norte da pesquisa foi a articulação entre os conteúdos temáticos identificados nos achados empíricos e a reflexão teórica sobre o âmbito grupal e a organização dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas.

A realização da pesquisa partiu do interesse do pesquisador que, a partir de sua inserção em CAPS ad, identificou no trabalho com grupos um campo de problemáticas especialmente rico para se discutir aspectos da atenção ofertada aos usuários de drogas.

Ao assumir, como orientação metodológica principal, a pesquisa qualitativa em saúde, buscou-se integrar e aprofundar conceitos teóricos para melhor compreensão das temáticas que emergiram na análise dos dados, o que se refletiu na necessidade de ampliar o diálogo com referenciais acerca da construção das identidades sociais e dos processos de vulnerabilização e desfiliação social.

A partir da revisão narrativa sobre os modos de trabalho com grupos no campo da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da construção teórica sobre os processos sócio-históricos relacionados à temática das drogas e à construção das propostas assistenciais, bem como da formulação da Política de Saúde Mental e da proposição dos CAPS ad, foi possível construir um quadro teórico-referencial para abordar e analisar o desenvolvimento dos grupos e a organização das práticas realizadas nestes serviços.

Os resultados descreveram as práticas relatadas pelos entrevistados, bem como os pressupostos conceituais, práticos e contextuais implicados no trabalho com e nos grupos, na organização das ações e abordagens e na produção do cuidado.

De modo geral, foi possível observar que os profissionais estão alinhados à Política, no tocante a construção do olhar sobre a população atendida e suas necessidades, ao considerarem como relevante compreender a dinâmica das desigualdades sociais e dos processos de vulnerabilização e desfiliação social, bem como os processos de estigmatização aos quais os usuários de drogas estão inseridos. Desta forma, pôde-se notar a implicação dos entrevistados no processo de reflexão acerca destas populações que historicamente se encontram nos limiares sociais e existenciais da organização societária, e que são fortemente cooptadas pelos discursos de invalidação de suas identidades discursivos esses que a sociedade produz a respeito dos usuários de drogas.

Ao proporem como eixo do trabalho nos CAPS ad a problematização acerca da demanda por abstinência por parte dos usuários, o olhar para o cuidado se diferencia da visão e expectativas da sociedade e das demandas provenientes dos processos de estigmatização. Nesse sentido, é a partir da produção do cuidado que se torna possível consolidar resistências práticas e discursivas em relação ao ideário moral da abstinência, e fortalecer práticas de escuta e diálogo centrado nas histórias de vida e necessidades dessa população, o que permite a construção de projeto individuais de qualificação da vida.

Essa transformação do olhar pôde ser compreendida como resultado positivo da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas instituída no ano de 2003, e de seus desdobramentos organizativos e formativos no âmbito da atenção psicossocial. A cidadania, a redução de danos e a produção do cuidado integral foram consideradas norteadoras da produção do cuidado, em detrimento das práticas punitivas, discriminatórias e de tratamento compulsório voltado à abstinência, como tem sido propostas atualmente pelas novas diretrizes da Saúde Mental e da Política de Drogas brasileira, que vieram a ser publicadas após o período de coleta de dados da pesquisa.

Todavia, houve também o reconhecimento por parte dos entrevistados de que os CAPS ad nos quais estão inseridos são espaços de disputas de lógicas e discursos diversos relativos ao cuidado às populações usuárias de drogas, não se orientando plenamente pela diretriz da redução de danos e pelo cuidado centrado nas necessidades

dos usuários. Tal situação é vivida como desafio e, em alguns casos, frustração, pelos entrevistados.

No tocante à organização das práticas e à construção dos projetos assistenciais, foi possível observar que os processos de trabalho desenvolvidos nestes serviços estão permeados por rituais institucionais orientados ao caráter instrumental, procedimental e tecnocrático da atenção. A proposição, o planejamento e a definição sobre quais ações ofertar e para quem ofertar está centrada nos saberes e na decisão dos profissionais. Há pouca ou nenhuma participação dos usuários nos processos de planejamento de ações às quais são destinatários. Desta forma, seus saberes, desejos, necessidades e perspectivas estão ausentes na construção da atenção. A perspectiva clínica e de projetualidades individuais se dissocia da perspectiva institucional e política orientada para ampliar a participação dos usuários nos processos propositivos e decisórios da atenção ofertada pelos serviços de saúde mental.

Compreendeu-se que esse efeito ritualístico das práticas permeia a organização das práticas e o trabalho nos grupos: reafirma-se lugares e dimensões de saber-poder nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. O modo de produção dos serviços assistenciais está fundamentado na dissociação entre quem planeja e quem é destinatário das intervenções. O que parece se integrar facilmente à dinâmica da construção das identidades negativas que provêm das relações entre grupos sociais diferenciados (grupo-profissionais e grupo-usuários), na medida em que os usuários são vistos como pessoas a serem tratadas pelos CAPS ad ou como destinatários das estratégias assistenciais, mas não necessariamente como participantes ativos dos processos de formulação e decisão sobre os projetos assistenciais, como sujeitos que tem seus saberes e perspectivas reconhecidas, validadas e desejadas nos processos de produção de projetos assistenciais comuns.

No que diz respeito aos pressupostos conceituais e práticos do trabalho nos grupos, observou-se a relação paradoxal entre a perspectiva instrumental e procedimental e a produção coletiva de efeitos grupais. Se, por um lado, pôde-se notar a construção de grupos centrados em si, “grupos-ilha” que se autonomizam pragmaticamente – “a grade de atividades”, “o grupo tal”, “o grupo daquele profissional”; por outro, observou-se maior abertura micropolítica para a construção de relações participativas nas quais os desejos, interesses, necessidades e perspectivas dos usuários puderam integrar com maior expressividade a produção grupal. Desta forma,

em que pese os processos de ritualização e hierarquização do cotidiano assistencial, identificou-se a emergência de efeitos não esperados, por meio da produção coletiva.

Todavia, cabe salientar que, nos grupos ofertados pelos serviços assistenciais, há sempre o risco de se reconhecer e valorizar a participação dos usuários na construção de projetos comuns apenas quando estes passam a constituir grupidades mediadas por critérios de “igualdade” de diagnósticos, de tipos de substâncias consumidas, de faixas etárias, etc., e que se expressam em especificidades instrumentais como grupos voltados para alcoolistas, grupos para usuários de cocaína, grupos para quem está iniciando tratamento, grupos para quem não desenvolveu críticas acerca dos prejuízos do consumo de drogas, grupos para quem deseja ficar abstinente, etc. Ou seja, grupos reduzidos à uma perspectiva simplificadora, que visa unicamente o melhoramento do indivíduo e de suas relações, sem possibilidades de problematização acerca de outros aspectos que determinam suas necessidades e sua experiência social.

Neste sentido, o trabalho com grupos (a produção institucional) e o trabalho nos grupos (as práticas de coordenação) se implicam mutuamente nos processos de cuidado. Desta forma, algumas questões podem ser colocadas para a reflexão: ao se trabalhar com e nos grupos, almeja-se intervir sobre subjetividades fragilizadas, desabilidades individualizadas e carências relacionais? Visa-se produzir sociabilidades pautadas em dimensões éticas, democráticas, participativas, etc.? Ou busca-se operar sobre essas duas perspectivas, ora tendendo à uma, ora à outra?

Para finalizar, observou-se a fragilidade de alinhamento com bases teóricas e técnicas sobre grupos ou mesmo com horizontes discursivos e práticos de transformação social, institucional e da subjetividade. As construções em torno da oferta e do trabalho nos grupos parece estar vinculado à cultura oral de compartilhamento de saberes propiciados pela dimensão interprofissional dos serviços de saúde, bem como às possibilidades práticas de execução dos processos por partes das equipes. Compreende-se que uma perspectiva de qualificação dessas práticas é o aprofundamento da discussão teórica e a reflexão sobre o saber-fazer cotidiano, propiciado pelos processos formativos e de educação permanente.

Nesse sentido, ainda que os profissionais compartilhem de uma percepção mais ampla sobre as múltiplas determinações do fenômeno no qual estão trabalhando - a situação complexa dos usuários de drogas, a fragilidade da reflexão e análise acerca das práticas de grupo resulta na dificuldade de construção de enunciados e de estratégias

capazes de operar com a potencia grupal de transformação social e de produção coletiva e sustentável de processos emancipatórios e de inclusão social. A questão grupalista, alinhada às reformas da atenção psiquiátrica e de análise das instituições, sempre esteve implicada na compreensão do grupal como dimensão da transformação social e da subjetividade:

O imaginário institucional pode promover ou incentivar a produção grupal. Por exemplo, um grupo de transferência positiva com a instituição na que inscreve suas práticas pode operar movimentos grupais que favoreçam ou incentivem sua produtividade. Em sentido contrário, pode-se observar que existem grupos que atingem seu momentos de maior desdobramento produtivo a partir de utopias grupais fortemente contra-institucionais. Encontramos muitos exemplos disso nas instituições manicominais, onde equipes profissionais ‘de ponta’ tentam transformar a situação de alguma ala. É só com uma utopia de transformação da instituição que esses pequenos coletivos – geralmente isolados – conseguem enfrentar os paradigmas organicistas e as políticas sanitárias da psiquiatria clássica. Só com um projeto severamente contra-institucional no que se refere ao manicômio é que conseguem sustentar práticas cercadas de tanta adversidade (Fernández, 2006, p.202).

Resgatar essa dimensão do trabalho em saúde mental no contexto da atenção aos usuários de drogas, a dimensão do grupal, pode ter como efeito a qualificação e o fortalecimento da construção de horizontes de transformação das práticas sociais e de saúde e de projetos comuns. Tendo em vista a complexidade que atravessa a produção do cuidado à essas populações e os desafios enfrentados pelas equipes na construção, organização e reflexão sobre suas práticas, espera-se que este estudo possa contribuir para qualificar a reflexão sobre as práticas em saúde mental, álcool e outras drogas realizadas nos CAPS ad.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altoé S. Histórias de interseção entre psicoterapia institucional e análise institucional. In: Altoé S, Rodrigues HBC, organizadores. *SaúdeLoucura 8: Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec; 2004.

Alves VS. *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2009a.

Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009b; 25(11):2309-2319.

Amarante PDC. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18:11-23.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

Baremlitt G. Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica de grupos na América Latina. In: Baremlitt G, organizador. *Grupos: teoria e técnica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Baremlitt G. A clínica como ela é. In: Baremlitt G, organizador. *SaúdeLoucura 5: A clínica como ela é*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Baremlitt G. Revisión sintética y comentarios acerca de los modelos grupales. In: Pavlovsky E, organizador. *Lo Grupal 5*. Buenos Aires: Ediciones Busqueda; 1987.

Baremlitt G. Apresentação do movimento institucionalista. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 1*. São Paulo: Hucitec; 1989.

Barros RDB. Grupos e produção. In: Lancetti A, organizadores. *SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Barros RDB. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS; 2013.

Bauleo A. *Notas de psicologia e psiquiatria social*. São Paulo: Editora Escuta; 1988.

Bauleo A. *Ideología, grupo y familia*. Mexico: Folios Ediciones; 1982.

Bauleo A. *Contrainstitucion y grupos*. Madri: Editorail Fundamentos; 1977.

Bauleo A. *Plataforma hoy: grupalidad en dispersion*. Pavlovsky E, organizador. In: *Lo Grupal 8*. Buenos Aires: Ediciones Busqueda; 1990.

Basaglia F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante PDC, organizador. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.

Batista VM. Atendendo na guerra. In: Lopes LE, organizador. *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. Rio de Janeiro: Revan; 2014.

Berlatto O. A construção da identidade social. *Rev Curso Direito FSG*. 2009; 5:141-151.

Berteux D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*. 1999; 29.

Bion WR. *Experiência com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante PDC, organizador. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.

Boris GDJB. Elementos para uma história da psicoterapia de grupo. *Rev Abord Gest Phenomenological Studies*. 2014;20(2):206-212.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 189 de 19 de Novembro de 1991. *Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos)*. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2004.

Brasil. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 130 de 26 de Janeiro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015b.

Broide JA. *Psicanálise nas situações sociais críticas: uma abordagem grupal à violência que abate a juventude das periferias* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2006.

Campos FCB. *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Carneiro H. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária; 2018.

Carneiro H. *A fabricação do vício*. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG). Belo Horizonte; 2002. Disponível em: <http://www.neip.info>

Castanho PCG. *Entre línguas e afetos: uma investigação psicanalítica da língua em grupos multilíngues* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. *Caderno CRH*. 1997; 26/2:19-40.

Cesarino AC. Uma experiência de Saúde Mental na Prefeitura de São Paulo: uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura I*. São Paulo: Hucitec; 1989.

Cruz M. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acselrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

Desviat M. *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. São Paulo: Zagodoni; 2018.

Dias Barros D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp; 1994.

Fernández AM. *O campo grupal. Notas para uma genealogia*. 1ª ed. São Paulo: Martins

Fontes; 2006.

Fernandes WJ. Bion: o conhecimento e a vincularidade. In: Fernandes WJ, organizador. *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre: Artmed; 2003a.

Fernandes WJ. A psicoterapia grupo-analítica de Foulkes e a Grupanálise de Cortesão. In: Fernandes WJ, organizador. *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre: Artmed; 2003b.

Fleury HJ, Marra MM, Knobel AM. Social Psychotherapy in Brazil. *Inter Journ Group Psycho*. 2015; 65(4):627-636.

Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Foes VFL et al. Caindo na real: Relato de uma experiência de psicoeducação no tratamento da dependência química. *Rev Saude Desenv Hum*. 2015; 3(1):61-70.

Foulkes SH. Psicoterapia e Psicoterapia de Grupo. In: Kadis AL et al. *Psicoterapia de Grupo*. São Paulo: IBRASA; 1967.

Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1967.

Furlan PG. O caso “grupo terapêutico”, os grupos de encontro e a clínica na atenção básica. In: Maximino V, Liberman F, organizadores. *Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações*. São Paulo: Summus; 2015.

Gallio G, Constantino M. François Tosquelles, a escola da liberdade. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Goldenberg M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record; 2011.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2008.

Grinberg L et al. *Psicoterapia de Grupo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1976.

Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

Guimón J. *Manual de terapias de grupo: tipos, modelos y programas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.

Harrison T. *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiments: advancing on a different front*. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2000.

Jasiner G. *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

Jones M. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes; 1972.

Jorge MAS. Terapêuticas em Saúde Mental: psicoterapias e psicofarmacoterapia. In: Jorge MAS, organizador. *Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

Júnior BB. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Junior RC, Ventura CAA. As internações involuntárias de drogadependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Rev Direitos Fundamentais e Democracia*. 2013; 13(13):250-280.

Junqueira AMM, Carniel IC. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. *Rev. SPAGESP*. 2012; 13(2):12-22.

Kadis AL et al. *Psicoterapia de Grupo*. São Paulo: IBRASA; 1967.

Lancetti A. Clínica grupal com psicóticos. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Lancetti A. Para uma reformulação da experiência grupal. In: Baremlitt G, organizador. *Grupos: teoria e técnica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015.

Lancetti A et al. Hospital-dia “A Casa”: conversando sobre dez anos de experiência. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 1*. São Paulo: Hucitec; 1989.

Leitão MBS. Bion: considerações a respeito dos grupos. In: Baremlitt G, organizador. *Grupos: teoria e técnica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R. et al., organizadores. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuição para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO; 2007.

Lescher AD. O mais profundo é a pele. In: Silveira Filho DX, Gorgulho M, organizadores. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Luchins AS. *Psicoterapia de Grupo: um guia*. São Paulo: Editora Cultrix; 1970.

Machado AR. *Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e Outras Drogas na Agenda da Saúde Pública: Um estudo sobre o processo de construção da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas* [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2007; 14(3):801-821.

Merhy EE, Franco T. Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, organizador. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJ, 2008.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1992.

Mesquita FC. Aids e drogas injetáveis. In: Lancetti A, organizador. *Saúdeloucura 3*. São Paulo: HUCITEC; 1991.

Mountian I. Política de drogas e intersecções de gênero, raça e sexualidade. In: Figueiredo R et al, organizadores. *Drogas e sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017.

Moura AH. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: HUCITEC; 2002.

Oliveira D. Drogas, opressão social e racismo. In: Figueiredo R et al, organizadores. *Drogas e sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017.

Paes Campos E. Grupos de suporte. In: Filho JM, organizador. *Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

Pichon-Rivière E. Uma concepção da psiquiatria: psiquiatria dinâmica e social. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Pichon-Rivière E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Pinto JM. Considerações sobre a produção social da identidade. *Rev. Crítica Ciências Sociais*. 1991; 32.

Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psico. Teoria Prática*. 2009; 25(2):203-211.

Pratt JH. The Class Method of treating consumption in the homes of the poor. *Journal of the american medical association*, 1907. In: MacKenzie KR. *Classics in Group Psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1992.

Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*. 1987; 39(3):272-286.

Queiroz MIP. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: TA Queiroz Editor; 1991.

Quivy R, Campendhout LV. As entrevistas exploratórias. In: Quivy R, Campendhout LV. *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa; 1998.

Rauter C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: Amarante PDC, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Rodrigues HBC. Sobre as histórias das práticas grupais: explorações quanto a um intrincado problema. In: Jacó-Vilela AM, Mancebo D, organizadores. *Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: Eduerj; 1999.

Rojas-Bermúdez JG. *Introdução ao Psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou; 1977.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59(4):326-332.

Ronzani TM et al. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2015.

Rosa PO. Outra história do consumo de drogas na modernidade. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2014; 22:185-196.

Sabin JE. Joseph Hersey Pratt's cost effective class method and its contemporary application: some problems in biopsychosocial innovation. *Psychiatry Interpe Biol Processes.* 1990; 53(2):169-184.

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.

Schittar L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: Basaglia F, organizador. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

Souza TP. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e a micro política de drogas*. São Paulo: Hucitec; 2018.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy – a treatment improve protocol*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2005.

Silveira Filho DX, Gorgulho M, organizadores. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Simões M et al. Psicoterapia de grupo. In: Silveira Filho DX, Gorgulho M, organizadores. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Thornicroft G, Tansella M. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. Barueri: Manole; 2010.

Tiussi CC. *Grupo em educação terapêutica com crianças: alcance e limites de um dispositivo* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2012.

Vasconcelos EM, coordenador. *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da URFJ; Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Vasconcelos EM. *Abordagens Psicossociais, v.1: história, teoria e prática no campo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.

Yassui S. CAPS: estratégia de produção de cuidados e de bons encontros. In: Pinheiro R et al., organizadores. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuição para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO; 2007.

Zimerman DE. *Fundamentos básicos de grupoterapias*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

9. ANEXOS

9.1. Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pela CAPPesq/HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Álcool e drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional

Pesquisador: Elisabete Ferreira Mangia

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 46268215.4.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.594.780

Apresentação do Projeto:

É apresentada emenda ao projeto com o propósito de servirem para projetos de pós graduação de dois alunos

Objetivo da Pesquisa:

Informar que serão desenvolvidos dois sub-projetos: 1) "A análise da implantação e desenvolvimento do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química" que será dissertação de mestrado da aluna Mariana Verpa Sanches; 2) "O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas", que será dissertação de mestrado do aluno Helton Alves de Lima. Os dois sub-projetos serão desenvolvidos sob orientação da responsável pelo protocolo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, pois somente entrevistas serão realizadas, sem intervenções

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os sub-projetos estão corretamente elaborados, e poderão gerar subsídios importantes para a atenção a casos de transtornos mentais, relacionados a álcool e drogas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs respectivos foram anexados e são adequados

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.594.780

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1090023_E2.pdf	11/04/2018 12:03:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubProjetoFResidentes.docx	11/04/2018 11:59:51	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubProjetoFDocentes.docx	11/04/2018 11:58:03	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubprojetoE.doc	11/04/2018 11:57:36	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	SubprojetoF.docx	15/03/2018 12:07:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda_SubprojetoF.docx	15/03/2018 12:06:08	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	SubProjetoE.doc	15/03/2018 12:01:03	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda_SubProjetoE.docx	15/03/2018 11:54:11	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Usuarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:56:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.594.780

Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:56:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Funcionarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:55:44	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubprojetoD.docx	22/10/2015 09:54:48	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda.docx	22/10/2015 09:53:59	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	anuencia coordenador residência.pdf	04/08/2015 08:48:39		Aceito
Outros	autorização oeste (lapa pibheiros).jpg	29/07/2015 14:23:57		Aceito
Outros	pesquisa - autorização - centro.jpg	29/07/2015 14:23:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_RESIDENTES.doc	29/07/2015 14:19:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FUNCIONARIOS.doc	29/07/2015 14:18:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.doc	17/06/2015 15:55:49		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto conep.pdf	10/06/2015 15:18:29		Aceito
Outros	cadastro online.pdf	10/06/2015 15:17:12		Aceito
Outros	Ficha profissional (2).doc	22/05/2015 11:56:25		Aceito
Outros	ficha Serviço de Saúde.doc	22/05/2015 11:56:01		Aceito
Outros	cronograma pesquisa.docx	22/05/2015 11:52:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa final.docx	22/05/2015 11:46:50		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.594.780

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

9.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO : ☐ M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: (____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ APTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas".

2. PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor **INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL:** CREFITO 3/446

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Este estudo pretende conhecer a modelagem de grupos dirigidos aos usuários, familiares e comunidade desenvolvidos pelas equipes do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad).

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação. Você será convidado(a) a participar de uma entrevista individual. Procuraremos conhecer as experiências de coordenação de grupos, os aspectos relacionados ao desenvolvimento destas práticas, além de identificar obstáculos e pontos de força presentes nestas estratégias.

Serão apresentados os roteiros de entrevista individual e gostaríamos de assegurar que cada participante terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e opinar sobre os assuntos de acordo com sua vontade e interesse.

Cada entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Dessa forma, gostaríamos de obter a sua autorização para a realização e gravação de sua entrevista e posterior inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa. As transcrições de cada entrevista ficarão à disposição de cada participante que terá liberdade de, em qualquer momento, retirar a sua autorização para que sejam utilizadas, bem como de deixar de participar do estudo.

Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. Também se garante o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Ademais, os participantes

terão salvaguarda da identificação em qualquer circunstância, inclusive em relação à solicitação de verificação dos documentos por Comitê de Ética.

O relatório final será apresentado em um seminário local, aberto a todos os participantes da pesquisa. Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos aprofundar o conhecimento sobre as modelagens dos grupos realizados pelas equipes do CAPS Ad.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - Tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 - E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS): Rua General Jardim, 36 - 1º andar - Tel: 11-33972464 - Email: smscep@gmail.com

INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Elisabete Ferreira Mângia
Telefone 3682-7459 e 3091-7457 (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP)
Endereço: Rua Victor Brecheret 520 - 9DT3. Vila Iara. Osasco. CEP 06026-000.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo **"O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas"**.

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

9.3. Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista com os Profissionais

Apresentação

Esta entrevista tem por objetivo apreender sua percepção e opiniões sobre o trabalho com grupos no CAPS ad, em especial àqueles por você coordenados e que são dirigidos aos usuários e à comunidade.

Os dados que foram coletados serão posteriormente transcritos, organizados e apresentados a cada entrevistado, para apreciação e/ou revisão e discussão com a equipe da pesquisa. O nosso intuito com essa entrevista é captar suas impressões mais imediatas e espontâneas sobre os assuntos aqui abordados. Desta forma, gostaríamos que você respondesse às questões deste roteiro de entrevista de acordo com aquilo que vem mais imediatamente ao seu pensamento.

Esta entrevista deverá durar cerca de 40 minutos. Se necessário, ao final da entrevista deixe seus comentários e/ou sugestões de tópicos a serem abordados. Procederemos à leitura de todo o roteiro e, em seguida, você responderá apenas as questões que desejar. Poderemos retomar as questões, caso você ache necessário.

Agradecemos desde já sua participação e colaboração.

Elisabete Ferreira Mângia
Helton Alves de Lima

Gerais

1. Em sua opinião, quais são as demandas e necessidades das pessoas atendidas pelo CAPS ad?
2. Você pode falar, de um modo geral, a respeito de sua experiência profissional como coordenador (a) de grupos no CAPS ad? Quais grupos você coordena atualmente e por que?
3. Você pode relatar como se deu sua trajetória na coordenação de grupos?
4. Em sua opinião, qual o papel ou funções e como são desenvolvidas as práticas grupais no CAPS ad?
5. Você poderia me dizer o que você entende por “grupos”? De que forma essas práticas estão relacionadas com sua formação e prática profissional?

Percepção sobre a prática desenvolvida

6. Você poderia descrever e caracterizar dois grupos que você coordena? O que você busca trabalhar em cada um deles?
7. Como você desenvolve o(s) grupo(s)? Se necessário, dê um exemplo, caracterizando um encontro ou sessão típica.
8. Na sua opinião, quais habilidades, conhecimentos e capacidades um profissional deve ter para desenvolver grupos? O que você considera necessário para coordenar grupos no CAPS ad?
9. Você considera que o desenvolvimento de práticas grupais é válido na abordagem de usuários de CAPS ad? Porque?
10. Você gostaria de acrescentar ou comentar sobre algo que não foi contemplado nos tópicos anteriores?

9.4. Questionário de Caracterização dos Sócio-profissional

Q _____ E _____

Questionário de Identificação do Entrevistado

1. Informações pessoais

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo:	Nacionalidade:
Grau de Escolaridade Graduação: _____ Instituição: _____ Concluída em: _____ Especialização: () completa () incompleta. Área: _____ Mestrado: () completo () incompleto. Área: _____ Doutorado: () completo () incompleto. Área: _____		
Fez alguma formação ou cursos sobre grupos? () sim () não. Se sim, quais: 1. 2. 3. 4.		

2. Informações sobre o trabalho

Tempo de inserção profissional na área de Saúde Mental, Álcool e Drogas:
Experiências anteriores de trabalho: 1. 2. 3.
Tempo de inserção profissional no CAPS ad:
Tempo diário de trabalho: Dias de trabalho () semana () final de semana Tempo dedicado às práticas de grupo:
Atividades realizadas no CAPS ad: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.
Em relação às dificuldades vivenciadas no trabalho: () busca ajuda dos colegas de equipe e/ou gerente () Busca supervisão fora do serviço () Busca cursos, encontros, etc. () outros: _____