

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde:
o Grupo Comunitário de Saúde Mental

RITA MARTINS GODOY ROCHA

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo como parte das
exigências para obtenção do título de Doutor em
Psicologia.

Ribeirão Preto/SP
2015

RITA MARTINS GODOY ROCHA

Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde:
o Grupo Comunitário de Saúde Mental

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo como parte das
exigências para obtenção do título de Doutor em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cármen Lúcia Cardoso

Ribeirão Preto/SP
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rocha, Rita Martins Godoy

Análise Compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental. Ribeirão Preto, 2015.

161 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Cardoso, Cármen Lúcia.

1. Saúde Mental 2. Grupo 3. Grupo Comunitário de Saúde Mental
4. Fenomenologia 5. Serviços de Saúde Mental

Nome: Rocha, R.M.G.

Título: Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus filhos por despertarem a admiração pelas pequenas descobertas do cotidiano.

E, especialmente, ao Matheus, meu marido, que estende a mão com amor para compormos juntos uma vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Matheus, que se dedicou a amparar os momentos desse estudo com um companheirismo inesquecível e amoroso.

Ao Antônio, que nasceu no caminho da pesquisa, incentivando o processo com o olhar doce e as mãozinhas que afagam.

À ‘neném’, que chegará em breve e já compartilha por dentro os sentimentos do percurso, dividindo a perseverança e a força do feminino.

Ao meu pai, João, e à minha mãe, Heliana, por serem amor e cuidado, oferecendo escuta e carinho em tantos abraços, como um abrigo nas sombras das árvores.

Ao Rafa e à Gabi, irmão e cunhada queridos, por estarem presentes mesmo na distância física, demonstrando afeto e incentivo em cada gesto.

À família mineira grande e falante, que me faz querer sempre olhar para trás com muito orgulho de ter raízes.

Aos meus sogros e cunhados, pelo amparo em tantos momentos e pela disposição em ajudar.

Aos amigos, que fizeram desse caminho um momento de enriquecimento, especialmente os que compartilham comigo o cotidiano da docência na Uniara, em um aprendizado contínuo de novas disposições diante do mundo e de si mesmo.

À Profa Dra. Cármen Lúcia Cardoso, que de orientadora e professora tornou-se uma pessoa única que compartilha a vida ao meu lado e de minha família, amparando as reflexões, os afetos e os momentos de mudança ao longo desses anos.

Ao Prof. Dr. Sérgio Ishara, que permitiu uma abertura e acolhimento no desenvolvimento desse estudo, especialmente, pelo exemplo de dedicação para com o trabalho no Grupo Comunitário de Saúde Mental.

À Profa. Dra. Virginia Moreira, pelas contribuições teóricas que permitiram um movimento de admiração pelas leituras fenomenológicas e de um refinamento no recorte dessa pesquisa.

À Profa. Dra. Maria Clotilde Rossetti-Ferreira, que entendeu de forma respeitosa e afetiva a inclusão da observação participante nesse trabalho, sendo decisiva para a atenção ao processo intersubjetivo.

Ao Prof. Dr. Cristiano Roque Antunes Barreira, pelas conversas decisivas que mobilizaram reflexões e a aproximação com a Fenomenologia de forma séria e respeitosa.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, e seus colaboradores, por conduzir os três anos do doutorado de maneira responsável e presente. Em especial, à Jaqueline pelo auxílio e delicadeza.

A CAPES, por ter subsidiado esse percurso, garantindo o incentivo material para a construção da pesquisa e da minha formação como pesquisadora e docente.

À equipe do Hospital Dia de Ribeirão Preto por estar sempre disposta a colaborar com a pesquisa que desenvolvemos.

Ao Grupo Comunitário de Saúde Mental, que representou um espaço de cuidado e de abertura a novos jeitos de ser pessoa e profissional.

E agradeço, especialmente, aos participantes do Grupo Comunitário de Saúde Mental que permitiram um encontro genuíno de entrega e compreensão, convidando-me a olhar com mais atenção ao mundo e à vida em um movimento contínuo de reinvenção.

Aí estava o mar, a mais ininteligível das existências não-humanas. E ali estava a mulher, de pé. Como o ser humano fizera um dia uma pergunta sobre si mesmo, tornara-se o mais ininteligível dos seres onde circulava sangue. Ela e o mar. Só poderia haver um encontro de seus mistérios se um se entregasse ao outro: a entrega de dois mundos in-cognoscíveis feita com a confiança com que se entregariam duas compreensões.

(Clarisse Lispector, Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres, 1969/1998, p.41)

RESUMO

Rocha, R.M.G. (2015). *Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Compartilhamos um momento histórico em que Reformas Psiquiátrica e Sanitária ainda mobilizam novos paradigmas de atenção e serviços em saúde. A cidadania, a horizontalidade das relações e o estímulo ao protagonismo dos diferentes agentes aparecem como premissas importantes nos trabalhos. Nesse contexto, o atendimento em grupo representou uma resposta viável por destacar a participação coletiva e reconhecer as trocas interativas como facilitadoras ao processo de saúde e doença. O presente estudo, em consonância a tais premissas, teve por objetivo compreender, por meio da perspectiva dos participantes, o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), um grupo de promoção à saúde e de atenção à experiência cotidiana que tem se desenvolvido há dezesseis anos em um serviço de referência em saúde mental na cidade de Ribeirão Preto. Trata-se de uma atividade que se singulariza por propor o cuidado com a participação de profissionais, usuários e familiares sem a distinção de papéis, ou seja, todos fazem uso e se beneficiam do grupo, questionando a histórica diferenciação de profissional/coordenador, aquele que ajuda e usuário/familiar, o que recebe a ajuda. O corpus da pesquisa foi constituído por nove entrevistas abertas em profundidade e pela observação participante ao longo de dois anos e seis meses, com base na Fenomenologia, especialmente de Edmund Husserl. A análise estruturou-se em dois momentos pautados na intencionalidade fenomenológica. No primeiro, destacamos a descrição do fenômeno em que foram apresentadas as nove entrevistas e a observação participante, de maneira a dar visibilidade às vivências e singularidades das experiências sobre o GCSM, sem o destaque de repetições, respeitando a ordem cronológica das exposições, de forma que o interlocutor compartilhe do significado intencionado pela pessoa sobre o vivenciado no grupo. Posteriormente, na análise compreensiva, foram identificadas quatro unidades de sentido por meio da atenção às tendências compartilhadas sobre o GCSM, a saber: 1) “grupo e seu contexto generativo” que demarcou uma historicidade e uma generatividade para a compreensão e desenvolvimento da proposta; 2) “grupo vivido como potencial terapêutico” o qual destacou os aspectos estruturais, de composição, os delineamentos técnicos e metodológicos significados sobre o GCSM entre os participantes, em que a experiência vivida aparece como uma via de promoção do cuidado; 3) “grupo como espaço de paradoxos” que, por sua vez, apresentou as dificuldades e dilemas encontrados na participação, em especial, pela característica simétrica da composição grupal e 4) “grupo como uma vivência estética”, que ressaltou o uso de elementos artísticos e culturais no processo de atenção à experiência cotidiana. A consolidação dessa proposta de estudo possibilitou a construção de um recorte compreensivo em que o GCSM é significado como uma forma de trabalho exitosa, pelo aprimoramento da proposta de atenção à experiência, diferente do foco tradicional nas hermenêuticas clínicas, convivendo, ao mesmo tempo, com um contexto paradoxal que impele a novas disposições de seus participantes e idealizadores. A pesquisa permitiu colaborar com o entendimento sobre o modo pelo qual as pessoas que sofrem, adoecem e trabalham em contextos de saúde mental vivenciam o cuidado em um grupo simétrico, além de demarcar uma maneira alternativa de cuidado pela via da experiência fenomenológica, representando uma modalidade potencialmente aberta a outros espaços de cuidado em saúde mental.

Palavras Chave: Saúde Mental, Grupos, Grupo Comunitário de Saúde Mental, Fenomenologia, Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Rocha, R.M.G. (2015). Comprehensive analysis of a new health work mode: The Mental Health Community Group. Doctoral thesis. Faculty of Philosophy, Sciences and Languages of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil.

We share a historical moment, in which Psychiatric and Sanitary Reforms mobilize new paradigms of care and services in health. Citizenship, the horizontality of relations and the encouragement to the role of different actors appear as important premises in the works. In this context, the group service represented a viable answer as it highlights the collective participation and recognizes the interactive exchanges as facilitators to the health and disease process. This study, in line with such assumptions, aimed to understand, through the participants' perspectives, a group of health promotion and attention to everyday experience that has been developed for sixteen years, thus becoming a reference service in mental health in Ribeirão Preto: The Mental Health Community Group (GCSM). It is a distinguishing activity that proposes care with the participation of professionals, users and members of the family, without distinction of roles, i.e., all of them make use of the group and benefit from it, by questioning the historical differentiation of professional / coordinator, the one who helps, and the user / family, the one receiving aid. This research corpus consists of nine in depth open interviews and participant observation carried out over two years and six months, based on phenomenology, especially by Edmund Husserl. The analysis was structured in two guided moments, based on the phenomenological intentionality. In the first part, it focuses on the phenomenon description, in which the nine interviews and participant observation were presented, in order to give visibility to the practices and peculiarities of experiences on the GCSM, without the highlight of repetitions, respecting the chronological order of expositions, so that the interlocutor may share the intended meaning experienced by the person in the group. Later, in the comprehensive analysis, four units of meaning were identified through attention to trends shared on GCSM, namely: 1) "group and its generative context" which defined both a historicity and a generativity to the proposal knowledge and development ; 2) "group lived as a therapeutic potential", which highlighted the structural and compositional aspects, as well as the technical and methodological designs about GCSM among participants, in which the lived experience appears as a means of promoting care; 3) "group as a space of paradoxes " which, in turn, presented the difficulties and dilemmas found in participation, in particular, because of the symmetric feature of group composition and 4) "group as an aesthetic experience", which emphasized the use of artistic and cultural elements in the process of attention to everyday experience. The consolidation of this proposed study enabled the construction of a comprehensive corpus in that the GCSM is meant as a way of successful work by improving attention to the experience, different from the traditional focus on clinical hermeneutics, concomitant with a paradoxical context that drives to new purposes of its participants and creators. The research collaborated with the understanding of how people who suffer, become ill and work in mental health settings experience care in a symmetric group; it also defined an alternative way of care by means of phenomenological experience, representing a potentially open modality to other mental health care spaces.

Keywords: Mental Health, Groups, Mental Health Community Group, Phenomenology, Mental Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados em termos de sexo, nível de escolaridade e duração da entrevista.....	62
Quadro 2 - Recursos gráficos utilizados na transcrição das entrevistas e seus significados.....	64

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO_____	12
1. SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CAMINHOS NO CONTEXTO BRASILEIRO_____	16
1.1. O hospital Dia de Ribeirão Preto_____	30
2. O CUIDADO EM GRUPO: POSSIBILIDADE EM CONSTRUÇÃO_____	35
2.1. O Grupo Comunitário de Saúde Mental_____	42
3. TESSITURAS METODOLÓGICAS E O FUNDAMENTO FENOMENOLÓGICO_	51
3.1. Objetivo do estudo_____	51
3.2. A influência fenomenológica no caminho da pesquisa_____	51
3.3. Considerações éticas_____	60
3.4. Construção do corpus_____	60
3.5. Participantes_____	62
3.6. Análise do Corpus_____	63
3.7. Contexto do estudo_____	65
4: A ANÁLISE FENOMENOLÓGICA E AS EXPERIÊNCIAS_____	66
4.1. <i>Análise descritiva: descrição em síntese das experiências vivenciadas</i> _____	66
4.1.1 José: médico residente de Psiquiatria do terceiro ano_____	66
4.1.2 Antônio: médico residente de Psiquiatria do primeiro ano_____	72
4.1.3 Davi: médico residente de Psiquiatria do segundo ano_____	76
4.1.4 Cassia: ex-usuária em alta do Hospital Dia _____	82
4.1.5 Ana: usuária interna no Hospital Dia_____	87
4.1.6 Severino: ex-usuário do Hospital Dia_____	90
4.1.7 Márcia: familiar de ex-usuário_____	94
4.1.8 Fábria: familiar de usuário internado_____	99
4.1.9 Joana: familiar de usuário internado_____	102
4.1.10 Rita: psicóloga e pesquisadora_____	107
4.2. <i>Análise compreensiva</i> _____	115
4.2.1 Grupo e seu contexto generativo_____	116
4.2.2 Grupo vivido como potencial terapêutico_____	122
4.2.3 Grupo como espaço de paradoxos_____	131
4.2.4 Grupo como vivência estética_____	139
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS_____	145
REFERÊNCIAS_____	148
ANEXOS_____	160

APRESENTAÇÃO

Vivenciamos um momento histórico em que reformas sanitária e psiquiátrica continuam a ser implantadas no país com esforços para construção de alternativas de atenção mais contextualizadas e participativas.

A historicidade desses esforços remonta ao início da década de 1990, com a promulgação da lei nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde no país. Esse marco completou no dia 19 de setembro de 2015, vinte e cinco anos e, desde então, estabeleceu diretrizes voltadas às práticas inovadoras e integradoras que encontram no exercício da cidadania e na participação popular a legitimidade para se firmarem.

Para tanto, há, atualmente, incentivo por estudos que investiguem e avaliem a interface teórico-prática de mecanismos construídos na área da saúde, pautados na humanização e no controle social, e que superem o antigo modelo assistencial, enfatizando aspectos psicossociais¹.

A motivação para o desenvolvimento do presente estudo partiu do reconhecimento desse cenário político, e, diretamente, da nossa prática profissional que tem se engajado em conhecer e desenvolver formas de atendimento em saúde mental, atentas à criatividade e ao protagonismo dos envolvidos.

No início do ano de 2012, com desejo por dar continuidade às pesquisas e trabalhos no campo da saúde mental, em especial por práticas realizadas em grupo, fui apresentada ao Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) pela Professora Dra. Carmen Lúcia Cardoso. Tal grupo tornou-se um espaço que se firmou como o grande mobilizador desse estudo. No primeiro contato com o GCSM, pude vivenciá-lo como participante, mantendo-me, ao longo de um ano, na experiência grupal semanal, até iniciar a participação também como pesquisadora, amparada por uma questão a ser compreendida, por mais três anos.

A proposta da pesquisa foi delineada ao longo desses anos, durante os quais compartilhei, de forma decisiva, experiências com diferentes pessoas dispostas a olhar com atenção para o que acontece na vida e, assim, pude conviver com possibilidades de pensar o terapêutico de uma maneira especial, diferente das formas que compreendia, até então. A vivência culminou com o objetivo de compreender, a partir da experiência de seus participantes, o GCSM, o que ocorre há quinze anos em um serviço de referência em saúde mental na cidade de Ribeirão Preto. Buscamos, nesta etapa, zelar pela vivência de cada

¹ Ações previstas na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde em vigor (Ministério da Saúde, 2008).

participante na multiplicidade da composição do grupo, na pretensão de identificar o fenômeno grupal e a maneira como se expressa o sentido da participação nessa metodologia.

A tese iniciada em 2012 recebeu influências de diferentes momentos da minha história como pesquisadora que se iniciaram no estado de Minas Gerais, terreno para as primeiras construções teóricas e pessoais no campo da saúde mental.

Foi na cidade de Uberlândia, em 2006, que iniciei a minha experiência de pesquisa com grupos, na busca por compreender os sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública². A preocupação, à época, foi identificar a maneira que os psicólogos da rede de saúde da cidade construía sentidos para o trabalho que desenvolviam em grupo, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial e nas Unidades Básicas de Saúde. No estudo, foi possível compreender a dimensão ainda processual do trabalho em grupo e a dificuldade de fundamentação teórica para as práticas nessa modalidade.

Finda a graduação, a prática profissional e as demandas do cotidiano possibilitaram o desenvolvimento de uma especialização e do início do mestrado, os quais envolveram a relação estabelecida com a população de travestis atendida no serviço público do Programa “Em Cima do Salto”, atuante desde o ano de 2007. Iniciei o trabalho, naquela oportunidade, como psicóloga e coordenadora técnica do Programa. Houve um trânsito da prática profissional à pesquisa que favoreceu um olhar mais refinado e respeitoso sobre pessoas que rompem com escolhas heteronormativas e que, por sua vez, procuram ajuda em um serviço de saúde.

Na especialização de 2008³, dediquei-me ao tema do uso abusivo de drogas e pude explorar o estado da arte sobre o uso dessas substâncias entre as travestis. Esse trabalho vinha ao encontro dos dilemas que encontrávamos no cotidiano das atividades, em que aproximadamente oitenta por cento das usuárias demandavam uma atenção em torno dessa temática.

Já no desenvolvimento do mestrado (2009-2011)⁴, seguindo a identificação de temas relevantes na convivência com as travestis, o objetivo foi compreender as relações de afeto e amizades entre elas, na tentativa de evidenciar como essas relações, as quais eram vistas como de grande importância em seu cotidiano, sustentam as práticas de cuidado em saúde, as melhorias de vida ou, até mesmo, justificam seu aniquilamento. O trabalho destacou a forma

² Sob a orientação do professor Dr. Emerson Rasera.

³ Universidade Federal de São João Del Rei, financiada pelo Governo de Minas Gerais.

⁴ Também sob a orientação do professor Dr. Emerson Rasera.

como as travestis integram suas sociabilidades em sentidos distintos das marcas da marginalidade e do estigma.

Ao longo dos aprendizados nesse percurso de tornar-me pesquisadora, permaneceu como anteparo o interesse em identificar espaços no cotidiano do trabalho em saúde em que, potencialmente, fosse possível compreender relações significativas e criativas nos processos sobre a vida e o adoecimento.

É diante desse contexto pessoal e político que o recorte para o doutorado foi se desenvolvendo. Para tanto, a escolha do referencial teórico buscou destacar o espaço da intersubjetividade no processo constitutivo do estudo, tendo a dimensão de que cada pesquisa desenvolvida recebeu decisivamente o embalo das muitas relações e demandas encontradas ao longo desse caminhar.

A tentativa, nesse aspecto, foi promover uma aproximação com a Fenomenologia em termos metodológicos, especialmente, por meio da fundamentação epistemológica de Edmund Husserl (1859-1938), com vistas ao reconhecimento da consciência intencional como premissa constitucional do homem e do mundo. Partimos, dessa forma, com o entendimento de que o conhecimento é constituído na relação correlata entre pesquisador e participante, os quais, por sua vez, caminham em paralelo na experiência, para indicar um significado possível sobre o GCSM. Em outras palavras, a inspiração é a de colaborar com uma leitura científica humana que perpassa pelo reconhecimento da autoria e da subjetividade dos envolvidos no estudo e nessa dimensão legitima o sentido compreensivo de um fenômeno como algo inerente e originário do ser humano.

Em resposta ao objetivo proposto, a estruturação do trabalho tem como abertura, um capítulo intitulado “Saúde e Saúde Mental: um caminho no contexto brasileiro”, em que apresentamos o contexto político e histórico da saúde mental no País. Buscamos nesse momento, promover uma aproximação com a estrutura de saúde mental, singularizando o Hospital Dia, local onde a pesquisa foi realizada.

No segundo capítulo, desenvolvemos discussões que intitulamos como “O cuidado em grupo: possibilidade em construção”. A tentativa foi apresentar a forma pela qual os grupos ganharam contornos de intervenção em saúde mental, bem como, alguns dos fundamentos do trabalho e sua diversidade epistemológica. Num segundo momento do capítulo, o GCSM é destacado e descrito como uma metodologia de trabalho em grupo, com contornos próprios, que remonta a uma historicidade.

Para o terceiro capítulo, propomos uma aproximação teórica metodológica sobre a pesquisa, o qual foi nomeado como “Tessituras metodológicas e o fundamento

fenomenológico”, onde serão elencadas as estruturas metodológicas de maneira formal, destacando-se os passos na construção do corpus e as etapas para a análise. Além disso, apresentaremos os aspectos centrais da escolha epistemológica pela Fenomenologia, ressaltando o conjunto de saberes desenvolvido por Husserl que possibilitam o planejamento e execução de uma pesquisa empírica.

Por fim, no quarto capítulo, “A análise fenomenológica e as experiências”, nos dedicaremos à análise do corpus/material de pesquisa, com especial atenção à descrição das experiências, buscando retomar o objetivo compreensivo da proposta fenomenológica e relacioná-lo às questões do Grupo Comunitário de Saúde Mental. Esse capítulo foi dividido em dois momentos, o primeiro relacionado à análise descritiva das entrevistas e por último o tópico em que integro minha participação por meio da observação participante. No último tópico, intitulado “Análise compreensiva”, elencamos um recorte compreensivo sobre as experiências em relação ao GCSM, por meio das quais identificamos unidades de sentidos que possibilitaram compreender e identificar tendências compartilhadas ao longo desse estudo, pelos participantes.

Desejo como abertura desse estudo, escrito em um fim provisório, que a experiência tematizada ao longo desses anos seja de ajuda para a criação e progresso de metodologias distintas em saúde mental com a clareza de que trabalhamos em um cenário complexo e de uma profundidade a ser percorrida continuamente. Um exercício, enfim, de “muitas mãos”, muitas reflexões, muitas gerações, vislumbradas também em dimensões imaginativas e intersubjetivas.

1. SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CAMINHOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

*O passado traz consigo um índice misterioso que impele a redenção.
Pois não somos tocados por um sopro respirado antes?
Não existem nas vozes que escutamos ecos das vozes que emudeceram?*
(Walter Benjamin, 1986, Sobre o conceito da História, p. 223)

O surgimento técnico e teórico de novas formas de atendimento em saúde foi impulsionado por uma conjuntura histórica, política e social em saúde que, por sua vez, contextualiza e ampara o desenvolvimento do nosso caminho como pesquisadores.

A saúde, ao ser referendada como “direito de todos, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (Brasil, 1988, p. 200), é pela primeira vez reconhecida como responsabilidade do Estado, atendendo diretamente à mobilização popular em um campo de debate multidimensional. Seu entendimento como um direito é inteligível a partir de um processo histórico de reivindicações populares, marcado pela indisposição com as ações repressivas da primeira república, com o clientelismo do período populista e com o descaso contínuo com as condições de vida da população, que se sucedeu com o período militar nos vinte anos de regime autoritário (Luz, 1991).

A insatisfação popular, em seu ápice, advinha de um contexto de instabilidade política e econômica pela privatização dos serviços, pela suspensão dos direitos políticos e de cidadania, além da carência de saúde e de assistência social integralizadas. Este cenário foi o terreno para a emergência e a intensificação de movimentos em diversos segmentos da sociedade civil, contrários ao sistema imposto (Bertolozzi & Greco, 1996).

Na saúde, destacamos o esforço político do movimento reconhecido como Sanitário que, entre outras frentes, atuou para pressionar o governo a convocar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco do processo de Reforma Sanitária no país. O evento contou com a participação de cinco mil representantes de diversos campos da sociedade, cujo resultado foi favorável aos ideais democráticos na saúde, via emenda constitucional, instituindo como principal ganho o Sistema Único de Saúde (SUS) (Arouca, 2002).

Com a institucionalização do SUS, os cidadãos passaram a ser reconhecidos como financiadores e usuários dos serviços, distanciando a visão de saúde como um bem a ser adquirido em recompensa ao trabalho (Luz, 1991). Dentre outras conquistas advindas do SUS, situa-se a definição dos princípios éticos da saúde no país, demarcando-se a universalização do acesso, a integralidade e equidade do atendimento, a caracterização dos

deveres do Estado e a função complementar da assistência privada no país. Estabeleceu-se que o planejamento da saúde e suas diretrizes estão inerentes à participação popular por meio do controle social, mediante, por exemplo, a participação nas Conferências e nos Conselhos, em instâncias municipais, estaduais e nacionais, com a presença paritária de usuários, gestores e trabalhadores da saúde (Arouca, 2002; Brasil, 2006). As diretrizes estabelecidas cultivam como premissa um cuidado atento à singularidade, à vida comunitária e à busca de ampliação de entendimentos nos processos de saúde e doença (Brasil, 2006).

Concomitante aos avanços no âmbito da saúde em geral, a saúde mental passou por significativas revisões paradigmáticas, também marcadas pela intensa participação popular, a qual foi decisiva para a implantação da Reforma Psiquiátrica. Ambas as Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, ocorreram contemporaneamente, firmando frentes oposicionistas aos modelos assistencialistas e excludentes em saúde. (Ferreira Neto, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, especificamente, estabeleceu-se no fim da década de setenta, notadamente, pela organização política do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) do Brasil (Amarante, 2007; Yasui, 2010) e pelo questionamento do modelo de assistência manicomial⁵. O conceito de loucura associado à doença legitimou o hospital como o espaço do diagnóstico/tratamento, onde o saber médico assumiu o lugar de autoridade responsável por regular o discurso sobre a normalidade e o processo de marginalização de pessoas com sofrimento mental (Foucault, 1979). As transformações na área da saúde mental promoveram mudanças técnico-assistenciais, epistemológicas e culturais, no sentido de construir um novo entendimento do sofrimento mental e da criação de um espaço social da loucura, na diferença que ela representa (J. Barreto, 2005).

Vale ressaltar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil inspirou-se, em especial, no modelo teórico que apoiava desinstitucionalizar pessoas em sofrimento psíquico, protagonizado por Franco Basaglia (1968/1985). Segundo Amarante (1996), em 1961, Basaglia integrou um movimento de mudanças na Psiquiatria Italiana diante da crise assistencial da época, baseada no encarceramento manicomial e na consequente exclusão como forma terapêutica. A Reforma Italiana tinha por objetivo a melhoria das condições de hospedagem e um cuidado pautado pela autonomia, com atenção às relações intersubjetivas, opondo-se ao paradigma vigente da Psiquiatria Clássica. O impacto reformista do contexto

⁵ Mobilizações no Brasil ocorrem desde o início do século XX com tentativas de ações humanizadas em instituições asilares, como no Instituto Raul Soares em Belo Horizonte, sem, no entanto, representarem um movimento integrado nacionalmente (Goulart & Durães, 2010; Amarante, 1996).

italiano é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental (Amarante, 1996)⁶.

Basaglia (1969/2010), influenciado por teorias vanguardistas, dentre elas os pensamentos de Erving Goffman (Goffman, 1961/1974), questionou a prevalência dos manicômios como modelo de tratamento, reconhecendo que não se trata apenas da decadência de um discurso em torno do doente, mas também de um retrocesso institucional, a ser repensado e desmantelado. Associada a uma visão institucional, Basaglia inspira-se na Fenomenologia de Edmund Husserl (1913/2006) bem como na prática psiquiátrica de Ludwig Binswanger e propõe suspender o conceito clássico da doença mental, buscando ampliar o entendimento dado e reificado. O convite proposto foi o de focar a pessoa de um modo que ‘coloque entre parênteses’ a sua doença, para, assim, ressaltar o que singulariza seu sofrimento:

Obrigado a colocar entre parênteses a doença, o diagnóstico, a síndrome que o etiquetou, pretende-se com isso conseguir compreendê-lo e principalmente, agir sobre ele, já que se encontra destruído muito mais pelo que se considerou acerca da doença e pelas medidas de segurança impostas a partir de tal interpretação, que pela doença em si. (Basaglia, 1969/2010, p. 66).

De acordo com Basaglia (1969/2010), a figura do ‘doente mental’ encontrado nos asilos psiquiátricos, paradoxalmente, contestou a Psiquiatria Clássica de modelo asilar, ao mesmo tempo, que a sustentou, na medida em que produziu saberes e intervenções elaboradas como a Psicopatologia e o Psicodiagnóstico. Faltou à Psiquiatria o movimento de reconhecer o fracasso das instituições asilares, esquivando-se de verificar a validade do que se fazia e limitando-se a produzir ‘literatura’ sobre a doença. As contribuições dessas ideias interferiram, sobremaneira, para a compreensão da necessidade de desmantelar o manicômio, tanto no que concerne ao espaço do hospício, quanto no que tange ao saber prescritivo em torno da loucura, com a defesa das condições de cidadania e de sociabilidade.

Associadas ao fundamento epistemológico, as conquistas legais e o movimento específico da Reforma Psiquiátrica Brasileira possuem uma longa trajetória política, em que eventos, congressos e conferências mobilizaram as primeiras mudanças. Destacamos, em 1979, o III Encontro Mineiro de Psiquiatria que representou a expressão inicial de um

⁶ Destacamos ainda, o marco da Conferência de Caracas, em 1990, sob a égide da Organização Pan-Americana (OPAS), que produziu a Declaração de Caracas, documento do qual o Brasil foi signatário, que apontava para a substituição do modelo então vigente em Psiquiatria por outro de base comunitária. A partir das críticas e, notadamente, após a realização desta Conferência, o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações em curso internacionalmente, deu início ao processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica (Risi Junior & Nogueira, 2002).

associativismo subversivo, dada a intensidade de denúncias e históricos de maus tratos (Goulart, 2007; Goulart & Durães, 2010). Esse evento desencadeou críticas severas que integraram forças ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. O tema principal do Congresso foi a “Assistência psiquiátrica em Minas Gerais, condições de trabalho dos profissionais em saúde mental, espaço da psiquiatria e alternativas de trabalho em saúde mental”. Nesse momento, o Brasil recebeu a visita de Franco Basaglia que desenvolveu o curso “Assistência Psiquiátrica e Participação Popular”⁷. O evento expressou o que se debatia em vanguarda, que confrontava a psiquiatria como campo científico e seu principal dispositivo: o manicômio (Goulart, 2007; Goulart & Durães, 2010).

Em sequência, a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1987, funcionou como um dispositivo na construção de políticas de Estado, com a participação maciça da sociedade civil, cujo objetivo foi o de fomentar debates sobre novas gestões de políticas públicas em saúde mental o que, conseqüentemente, fortaleceu também a luta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011). Outro marco foi o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, ao final de 1987, com intuito de reafirmar as questões da problemática em torno da visão de loucura como doença. Emergiu neste encontro a busca por organizar atividades artísticas, culturais e científicas, no sentido de sensibilizar a sociedade e dar visibilidade às instituições psiquiátricas e seus usuários (Amarante, 1995). O movimento transcendeu o caráter técnico-científico e singularizou-se como um movimento social, um marco do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’ (Amarante, 1995).

Em que pesem os esforços políticos e civis, somente em abril de 2001 foi promulgada a Lei 10.216, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001), doze anos após ter sido proposta pelo Deputado Paulo Delgado, em 1989 (Barroso & Silva, 2011). Também no ano de 2001, no mês de dezembro, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, decisivamente, desenvolveu as diretrizes políticas a serem implantadas, exigindo uma instância democrática e articulada de gestão pública em todo o processo.

A lacuna temporal entre a proposta da Lei e sua promulgação, conforme destacou Amarante (1995; 1994), decorreu, substancialmente, da situação política e econômica do Brasil. O País se destacou como uma rentável "indústria da loucura", em virtude de um processo maciço de privatização da assistência psiquiátrica, com empresários resistentes às

⁷ Além de Franco Basaglia, o sociólogo francês Robert Castel também ministrou cursos sobre a “Ordem Psiquiátrica” sob influência da teoria da Genealogia da Loucura de Foucault (Goulart, 2007; Goulart & Durães, 2010).

reformas no campo da saúde mental, mesmo sendo convidados a colaborar com as novas políticas. As propostas não negavam a realidade da loucura, mas criavam possibilidades de acesso e cuidado para além da internação. Os opositoristas deturparam os princípios da Reforma, no sentido de propagar entre familiares e no Congresso Nacional a ideia da diminuição, e mesmo extinção, da assistência, retardando significativamente a concretização das mudanças propostas (Amarante, 1995).

Marcadas por uma história de resistência e luta política, as diretrizes das novas resoluções em saúde, e mais especificamente em saúde mental, confirmaram a busca contínua por serviços substitutivos, atentos ao rompimento com as marcas de alienação e confinamento da pessoa em sofrimento mental, com a ênfase no usuário como ator social e sujeito político, convidado à responsabilização no processo de saúde e adoecimento, distanciando-o do papel historicamente passivo e objetificado (Torre & Amarante, 2001).

A Reforma, nos dias de hoje, avançou em um processo de implantação e avaliação de serviços substitutivos, tendo o cuidado de não cambiar formas antigas de controle por novas e diferentes modalidades de dominação com outras roupagens, mas engajadas ao mesmo fim (Barroso & Silva, 2011).

O desafio de reconhecer a ambivalência e as contradições intrínsecas à condição da doença e da estigmatização é permanente e, conforme apontou Basaglia (2010/1969), o alcance de um novo cenário envolve a conquista da liberdade do doente que coincide com a conquista de liberdade de toda a comunidade. Em outras palavras, convivemos em um contexto profundamente contraditório no qual as práticas ditas substitutivas ainda estão atreladas a uma fundamentação psiquiátrica positivista, pautada por sistemas autoritários e hierárquicos, em que mudanças técnicas em saúde mental envolvem também mudanças paradigmáticas mais profundas (Basaglia, 1969/2010).

Entre os principais desafios encontrados, destacamos a necessidade de articulação da rede de atenção à saúde mental com um fundamento comunitário. A rede de saúde mental se mostra complexa, diversa, com ensejo territorial, possuindo como premissa construir-se como um todo ativo e concreto para o usuário dos serviços (Brasil, 2007). Nesse propósito de garantir a base comunitária da saúde mental, alguns serviços principais foram definidos, dentre os quais: a) o cuidado da saúde mental na atenção primária b) os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); c) os ambulatórios de saúde mental; d) a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar; e) as residências terapêuticas; f) os Centros de Convivência e Cultura

e g) os Hospitais Dia. A seguir, serão apresentadas algumas das características centrais dessas ações e seus processos recentes de implantação e ampliação.⁸

a) O cuidado da saúde mental na atenção primária/básica.

A Atenção Básica foi caracterizada por ações de saúde, no campo individual e coletivo, que abarcam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde em um nível primário da assistência, ou seja, está diretamente vinculada à população, às comunidades, à cultura local e ao incentivo à participação popular, referenciada pelas práticas da Estratégia de Saúde da Família desde a década de noventa (Brasil, 2006a).

Nesse âmbito regionalizado, a atenção básica aparece como um dispositivo estratégico para o fluxo na rede de saúde mental. Tal reconhecimento tem pautado o incentivo à formação das equipes da atenção básica e o desenvolvimento de apoios matriciais de profissionais especializados em saúde mental junto a essas equipes de saúde da família compostas, em geral, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário (Brasil, 2006).

Contudo, a atenção básica encontra, atualmente, dificuldades na função de atender as demandas de sofrimento psíquico e nem sempre apresenta condições para seu exercício. Apesar dos esforços, a equipe básica, ao se responsabilizar por um contingente significativo de famílias no território, nem sempre encontra o apoio matricial de outros serviços de saúde mental da região. E quando o encontra, acaba por deparar-se com outros desafios da estrutura da equipe matricial, a qual ainda destaca intervenções sobre a doença em detrimento da pessoa e, além disso, apresenta dificuldades em desenvolver um trabalho interdisciplinar (Jorge et al, 2014). A preocupação maior, porém, recai sobre os pequenos municípios, onde não é prevista a implantação de Centros de Atenção Psicossocial⁹, o que motiva o encaminhamento e a sobrecarga de demandas para os serviços de saúde da família e para algumas das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2011).

No empenho para garantir a assistência, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de atenção Psicossocial e incluiu, na Atenção Básica, os Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF), na busca por responder ao manejo mais qualificado das situações relacionadas à saúde mental na atenção básica (Brasil, 2011a). Para avaliar essas iniciativas, concomitantemente, vem se desenvolvendo o projeto “Observatório

⁸ Enfatizamos para a construção desse breve panorama, os últimos relatórios de gestão de 2005 e 2011 do Ministério da Saúde, tendo em vista as respostas alcançadas para as diretrizes previstas nas últimas Conferências Nacionais em Saúde Mental.

⁹ A criação de CAPS é indicada para municípios com população acima de 15.000 habitantes conforme Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica”, que consiste na articulação multicêntrica de núcleos de pesquisas das universidades públicas, com a proposta de desenvolver metodologias de monitoramento, avaliação e produção de insumos com vistas à formação continuada sobre o tema (Brasil, 2011).

A criação recente do NASF, por sua vez, envolve o desenvolvimento de uma cultura comunitária, de reciprocidade entre os diferentes agentes com vistas a superar uma leitura disciplinar, individualista e dicotômica de saúde e doença, bem como da superação de avaliações dos serviços com base em indicadores quantitativos que não tendem a retratar as dificuldades qualitativas e contextuais do cotidiano da atenção básica (Silva et al, 2012; Silva & Cardoso, 2013).

b) Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

O primeiro CAPS do Brasil surge na cidade de São Paulo, em 1987, e figura como um marco na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira com vistas a superar a restrição de serviços centrados na dualidade hospital e ambulatório. Na década de noventa houve uma expansão dos CAPS no Brasil, diante da mobilização e efervescência política em torno da saúde como um todo. Referida expansão, contudo, foi realizada de forma não linear e pouco contínua, uma vez que, apesar de a normatização nº 224, de 1992, regulamentar o novo serviço, não havia diretriz para o seu financiamento, o que surgiu somente com a Portaria 336 de 2002, após Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2005).

De acordo com a primeira normatização de 1992, o CAPS foi conceituado como unidade de saúde regionalizada, com um público definido pela localidade e que disponibiliza atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Esses serviços podem funcionar como porta de entrada da rede de saúde mental, tendo em vista seu caráter de unidade de saúde local e regional. Atendem a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Devem integrar a rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental e prestar atenção à questão do paciente, por meio das seguintes atividades: atendimento individual (psicoterápico, medicamentoso, orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade; refeições segundo tempo de frequência diurno (Brasil,1992).

Entre os anos de 2003 e 2006, o foco da gestão política em saúde mental esteve na expansão de CAPS pelo território nacional. Vale destacar que, a partir de 2003, apenas CAPS

públicos foram cadastrados pelo Ministério da Saúde. Com o mesmo esforço, os municípios foram incentivados a municipalizar os serviços filantrópicos ou privados que ainda existiam na rede e que prestassem atendimento relevante no contexto de saúde. Essa decisão foi firmada com resistências, ante a perda do mercado de assistência, pelos serviços privados (Brasil, 2007).

Com vistas à atualização legal para o processo de expansão em curso, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011a), estabeleceu as definições para as diferentes modalidades de CAPS I, II, III, Álcool e Drogas (AD), Infantil (i), com base no número de habitantes por município e com enfoque para a assistência de pessoas com sofrimento mental grave, persistente, ou decorrente do uso de substâncias psicoativas.

O processo de implementação desses serviços é apresentado, atualmente, como contínuo e estratégico, caracterizando-se pelo movimento de interiorização, como, por exemplo, na região Nordeste, onde o número de CAPS multiplicou por oito vezes entre 2003 e 2011. O nordeste inicia o ano de 2003 com 71 serviços e encerra 2010 com 597 CAPS. (Brasil, 2011).

É importante ressaltar que os CAPS são elencados como serviços centrais na construção da rede de saúde mental no País, inclusive com vistas aos esforços em relação às ações de prevenção e ao tratamento dos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas, tema que ganhou destaque no último relatório de gestão do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

No entanto, Sampaio & col (2011) apontam que os trabalhadores vêm demonstrando significados discordantes entre as diretrizes da política de saúde mental e a realidade desses serviços. Os autores afirmam que diversos problemas têm limitado a eficiência desses serviços, notadamente pela inexistência de uma rede de saúde mental estruturada e articulada com outros serviços, o que gera como resultado a dificuldade de controle de crises e, conseqüentemente, reinternações psiquiátricas. Descrevem, ainda, dilemas entre os sentidos de autonomia e exercício da cidadania das pessoas em relação à tutela do serviço e o assistencialismo das políticas de Assistência Social, bem como conflitos entre a formação dos profissionais com base no modelo biomédico clássico e a prática na atenção psicossocial. Outras dificuldades são identificadas no âmbito da gestão do território, do desencontro teórico e prático na gestão dos projetos terapêuticos individuais e coletivos e da terapêutica predominantemente voltada para a erradicação de sintomas por meio da prescrição de medicações (Sampaio & col, 2011).

Conforme ressaltaram Amarante & Torres (2001), o sucesso do CAPS enquanto serviço substitutivo envolve o rompimento de um fundamento técnico e teórico pautado no modelo hospitalar hegemônico, com a necessidade de que o serviço oferecido fundamente-se na compreensão ética, epistemológica e política de uma nova disposição relacional, não mais pautada pela hierarquização e verticalidade das relações.

c) Ambulatórios de Saúde Mental

Da mesma forma que os CAPS, os ambulatórios de saúde mental, referenciados nos termos do exercício de serviços como Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório, foram regulamentados, inicialmente, pela Portaria 224, de 1992, e atualizados pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

No nível ambulatorial, o atendimento compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, associados ou não a policlínicas, a unidades mistas ou a hospitais. As atividades incluídas nestas unidades devem mesclar atendimento individual por meio de consulta e psicoterapia; atendimento grupal, como grupos operativos, terapêuticos, de orientação, atividades socioterápicas, de sala de espera, educativas; e, ainda, visitas domiciliares e atividades comunitárias com vistas à área de referência e abrangência. Em termos de regionalização da rede e definição do público, estabeleceu-se que a referência de cada unidade assistencial seria definida pelo órgão gestor da localidade (Brasil, 1992).

Ao longo do desenvolvimento dos ambulatórios, constatou-se a necessidade de maior aprofundamento sobre a utilidade desse serviço e sua integração com a rede, uma vez que se identificou que a maioria dos ambulatórios esteve desarticulada dos demais serviços de saúde mental, distanciando-se do conceito de regionalização do SUS. Estes ambulatórios aparecem em muitos municípios como a referência para inúmeras consultas em Psiquiatria e Psicologia, mas sua resolutividade foi considerada baixa pelos levantamentos realizados nos últimos anos, em especial pelo número significativo de listas de espera e de crises funcionais frequentes dos usuários desses serviços (Brasil, 2006). Os ambulatórios atendem, atualmente, demandas de pessoas com transtornos mentais menores, mas, a depender do tamanho do município, como por exemplo, naqueles em que não existem CAPS, essas unidades precisam estar articuladas com a rede, no sentido de atender as demandas mais graves.

Segundo Severo & Dimenstein (2011), o modo como os ambulatórios de saúde mental vêm operando não responde às revisões propostas em saúde mental, de forma que tendem a ocultar processos de cronificação ao aglutinar funções que deveriam ser direcionadas para outros dispositivos da rede de saúde mental. Os ambulatórios revelam ainda, a dificuldade na

articulação da rede, guardando resquícios de um atendimento de complementariedade à hospitalização psiquiátrica que reproduz a psiquiatrização da demanda social.

d) Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o processo de desinstitucionalização

A herança da hospitalização marcou a história da Psiquiatria no País (Amarante, 1995). Anterior à publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, a Portaria nº 224/92 foi a norma que inicialmente organizou e conceituou os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros dos hospitais gerais.

De acordo com a Portaria, os serviços de Pronto-Socorro funcionariam diariamente, durante vinte e quatro horas, com leitos de internação para até 72 horas, composto por equipe multiprofissional de um médico psiquiatra ou clínico geral, um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro e profissionais de níveis médio. Os serviços de atendimento de urgência teriam por objetivo evitar a internação hospitalar para que o paciente retornasse ao convívio social em curto período de tempo. O serviço deveria contar com atividades de avaliação médica, psicológica e social, atendimento individual medicamentoso, atendimento grupal operativo e de orientação, bem como do atendimento às famílias. Após a alta, o paciente quando indicado, seria referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo a sua residência. Caso fosse necessário dar continuidade à internação, havia a indicação de recursos assistenciais, hospital dia, hospital geral, e hospital especializado (Brasil, 1992).

Em relação aos serviços de hospitalização em instituições gerais, a lei 10.216, de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), recebeu críticas em seu processo de edição, em especial pela mudança do texto original do Projeto de Lei, de 1989, em relação ao que foi aprovado. Nessas alterações não foram contempladas explicitamente a extinção dos antigos manicômios como previsto anteriormente, mas ressaltados dois eixos principais: a questão da proteção da pessoa em sofrimento mental e o redirecionamento do modelo assistencial para outros serviços da rede (Brito, 2004).

Segundo os levantamentos do Ministério da Saúde, a reestruturação da assistência hospitalar é uma das principais diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005). O objetivo é estabelecer a redução gradual e programada dos leitos psiquiátricos, com ênfase na redução de leitos em hospitais que apresentarem baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial, feita pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria, criado em 2002, e em hospitais de grande porte pelo Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004 (Brasil, 2011).

Seguindo os esforços desses Programas, em 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.629, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental nos hospitais gerais. A partir desta portaria os procedimentos de psiquiatria em hospital geral passam a ser melhor remunerados do que os procedimentos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2009). Essa alternativa representou um estímulo importante para que os gestores ampliassem e qualificassem leitos nas instituições gerais com internações de curto prazo. A Portaria mais atual, (3.088/2011), estabelece um leito de psiquiatria em hospital geral para cada 23 mil habitantes (Brasil, 2011a).

e) Residências terapêuticas

As residências terapêuticas são alternativas de moradia para usuários que permaneceram internados por longos períodos nos antigos hospitais psiquiátricos, muitas vezes por não se identificar, em suas instalações, o suporte social necessário. Tais residências servem, também, como apoio às pessoas de outros serviços de saúde mental, que não possuem rede familiar e social para garantir local de moradia. Nomeado como Serviço Residencial Terapêutico, ou residência terapêutica, ou ainda "moradia", esses espaços são casas localizadas na zona urbana, desenvolvidas para dar respostas às demandas básicas de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Relativamente ao número de usuários, há variação entre uma pessoa até um grupo de no máximo oito, os quais devem ter garantia de suporte profissional sensível às necessidades singulares (Brasil, 2004).

A implantação estratégica desses serviços remonta à II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que estimulou a criação dos chamados “lares abrigados”. Estas experiências iniciais geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz as residências terapêuticas no âmbito do SUS (Brasil, 2000). Em sequência, a Lei n.º 10.708, de 2003, favoreceu tal movimento instituindo o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, que compõem o Programa de Volta Para Casa, e regulamentou o auxílio-reabilitação psicossocial¹⁰, oferecendo um auxílio econômico, no sentido de mediar a assistência, o acompanhamento e a integração social externa aos hospitais entre pessoas que permaneceram em longa internação psiquiátrica, de dois anos ou mais. (Brasil, 2003).

Análises realizadas pelo Ministério da Saúde acerca da construção das Residências Terapêuticas no País indicam que esse serviço foi uma das principais estratégias do processo

¹⁰ Valor do auxílio foi inicialmente de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), reajustado em 24 de julho de 2013, na forma da Portaria 1.511/2013, para R\$ 412,00 (quatrocentos e doze). O valor é pago ao longo de um ano, podendo ser renovado, caso a pessoa ainda não esteja integrada à sociedade (Brasil, 2013a).

de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência nos últimos tempos (Brasil, 2011). Em termos de financiamento, são assegurados repasses no valor de dez mil reais por módulo, ou seja, para um total de oito moradores, segundo a realocação de verbas anteriormente destinadas ao custeio dos leitos psiquiátricos de longa permanência descredenciados (Brasil, 2001).

Em 2010, encerrou-se o ano com 570 Residências Terapêuticas implantadas. A forma de financiamento desse serviço, porém, revelou-se insuficiente, de acordo com o documento de gestão do Ministério da Saúde entre os anos de 2007 e 2010, lacuna esta que demandou a elaboração de uma nova Portaria, editada no final de 2011 (nº 3.088), assegurando recursos devidos para o custeio via Programa de Volta pra Casa (Brasil, 2011).

Conforme Silveira & Santos (2011) o processo de promoção de uma moradia requer atenção das equipes, em especial pelo sentido de pertencimento a ser desenvolvido pelas residências, uma vez que o portador de transtorno psíquico pode não se identificar como parte ou proprietário do lar, continuando “alienado” em seu processo de reinserção. Para os autores, a consequência desse novo sentido de “alienação”, ou seja, de falta da posse de um lar, poderá se dar de formas diversas envolvendo a afirmação de que aquela não é a sua casa e, ainda, o vislumbre da possibilidade de voltar para uma casa de onde se retirou, fugiu, foi excluído ou expulso e para onde não pode mais regressar.

f) Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura foram regulamentados pela Portaria nº 396, de 2005, e conceituados como dispositivos públicos que compõem a rede de atenção em saúde mental, onde são oferecidos espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade às pessoas com transtornos mentais. Essas atividades são mediadas por meio da construção de locais de convívio e sustentação da diversidade entre as pessoas, na busca por facilitar a construção de laços sociais e inclusão. (Brasil, 2005a).

Os Centros de Convivência e Cultura foram voltados, em especial, às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Nesses espaços, o fundamento reside na prática de oficinas e atividades coletivas, favorecendo a interação, a convivência comunitária e a construção de vínculos sociais. (Brasil, 2005a).

Segundo os levantamentos que avaliam esses serviços (Brasil, 2006), entre os anos de 2003 e 2006 houve a promoção da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura nas redes dos municípios de maior índice populacional no País. A partir de 2005, com a publicação da Portaria mencionada, iniciou-se o processo de implantação destes dispositivos em cidades que

possuísem, a priori, uma rede de serviços CAPS satisfatória, e que contabilizassem uma população superior a 200.000 habitantes.

Os Centros de Convivência e Cultura têm como prerrogativa a promoção de saúde com atenção à pluralidade de determinantes no processo do adoecimento, entre eles a vivência cultural, a violência e o contexto econômico e social que interferem, diretamente, no sofrimento dos seus usuários, bem como no alcance do seu potencial de saúde (Caçapava, Colvero & Pereira, 2009).

No entanto, a Portaria nº 396 foi revogada e ainda carecemos de um marco legal para estimular a consolidação desse dispositivo. Apenas em 2011, com a Portaria nº 3.088, os Centros de Convivência e Cultura foram novamente previstos na Atenção Básica, mas sem especificar o financiamento e as formas de sua expansão. Diante disso, não existe uma política específica para os Centros de Convivência e Cultura, contando com alguns projetos pontuais em parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura. Destacam-se entre eles o edital do Ministério da Saúde para a Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental, lançado em 2009 e 2010, com o objetivo de articular saúde, cultura e sociabilidade em serviços já existentes (Brasil, 2011).

g) O Hospital Dia (HD)

O Hospital Dia é uma instituição significativa para nosso estudo por integrar o local onde a pesquisa de campo foi desenvolvida. Em termos históricos, essa modalidade de atendimento em saúde mental existe desde a década de sessenta no País e, desde então, vivencia mudanças segundo seu contexto histórico e político (Lima & Botega, 2001).

De forma geral, os HDs foram referenciados como hospitais sem camas, na época da sua implantação. Eles surgem como modelo assistencial na saúde entre as duas grandes guerras, em consequência da carência de leitos hospitalares, bem como da necessidade de diminuição de custos. O primeiro HD foi localizado em Moscou, em 1933. Na instituição, cerca de oitenta pacientes eram atendidos simultaneamente por meio de um programa de tratamento baseado em práticas laborais com fins terapêuticos. Outro serviço decisivo foi desenvolvido por Cameron, no Canadá, em 1947, que demonstrou a importância da internação parcial para além da redução de custos, por exemplo, pela manutenção de um cotidiano associado à vida do paciente, com a valorização da permanência das relações do usuário com seus familiares e com outras pessoas (Betarello et al, 2008).

Segundo Cameron (1947), o HD apresenta em sua arquitetura e organização espacial uma sistemática próxima ao ambiente comunitário, com salas, móveis confortáveis, cortinas, objetos de louça e talheres, além da manutenção das portas abertas no sentido de dar destaque

à voluntariedade do tratamento, associada à prática de uma *ambientoterapia*. A prática no Canadá influenciou a abertura de vários hospitais dias em diversos países (Betarello et al, 2008).

Os objetivos gerais do tratamento devem contemplar a busca pela melhoria da transição entre a crise ou período de internação, para a casa do usuário, potencializando o retorno às práticas comunitárias. Outra meta é a de prevenir recaídas para aqueles que já vinham em atendimento ambulatorial e que tiveram agravamento no quadro clínico, sem a necessidade de passar por uma internação total. O atendimento no HD propõe a valorização da independência e da postura cidadã do paciente. Outra característica apontada é a maior satisfação dos pacientes e familiares que passam por esse tipo de serviço em comparação às internações tradicionais (Salzano & Cordás, 2003).

Apesar de existir no Brasil desde a década de sessenta, o HD somente foi regulamentado pela Portaria 224, de 1992. Nesse documento, a manutenção de hospital dia na assistência em saúde mental representou um recurso intermediário entre a internação em hospitais gerais e o ambulatório, com o desenvolvimento de programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. (Brasil, 1992).

A metodologia do serviço propôs abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas durante cinco dias da semana, de segunda- feira a sexta- feira, com uma carga de 8 horas diárias para cada paciente. No local havia previsão de salas de trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. A Portaria de 1992 recomendou, ainda, que o serviço de hospital dia fosse regionalizado e hierarquizado, atendendo pessoas de uma localidade definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Constavam como atividades de assistência o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), o atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias com o objetivo de atuar na integração do paciente na comunidade, bem como a promoção da sua reintegração social (Brasil, 1992).

Ocorre, contudo, que o investimento do Ministério da Saúde nos CAPS como principal estratégia de reabilitação psicossocial desviou o interesse para esse serviço. Tal movimento revela a existência de apenas 24 HDs, cadastrados no Ministério da Saúde em 2005, os quais são financiados por, aproximadamente, 15 milhões de reais/ano. Os Hospitais Dia funcionam, aos olhos do Ministério da Saúde, como um serviço de cuidado em processo de superação. O

recadastramento dessas instituições pelo Ministério da Saúde tem sido pautado pelos parâmetros de funcionamento do CAPS, no sentido de aproximar o paradigma do Hospital Dia ao modelo psicossocial e de reinserção (Brasil, 2005).

O número total de HDs públicos no País foi contabilizado, atualmente, em 53 unidades. No entanto, entre essas unidades estão imersos serviços de Hospital Dia para Hepatites/Aids¹¹, transplantes, serviços oncológicos e saúde mental, todos no formato de internação parcial, intermediária entre o ambulatório e os hospitais gerais. Os dados divulgados não permitem afirmar se houve aumento dos serviços específicos de saúde mental na rede. Os 53 serviços identificados, por regiões, conforme Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (Brasil, 2013), estão distribuídos da seguinte maneira: a região sudeste concentra 30 unidades, a região nordeste 11 unidades e as demais regiões contabilizam 4 HDs. O levantamento disponível pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde não revela um detalhamento qualitativo de serviço que distinga as modalidades de atenção entre saúde mental, transplantes, hepatites virais, etc.

Os Hospitais Dia específicos em saúde mental, por sua vez, não foram notificados e mencionados no último relatório de gestão do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) e também não foram citados na Portaria mais atual, 3088/2011, sobre os serviços da rede de saúde mental, o que reafirma a substituição gradual desse serviço pela implantação de dispositivos como CAPS e ambulatórios, bem como da atenção psiquiátrica em hospitais gerais (Brasil, 2011).

Conforme apontam Guareschi, et al (2008), o modelo de Hospital Dia, analisado na região sul do país, ainda é atravessado por discursos atreladas ao modelo de Psiquiatria hospitalocêntrica com base em roteiros classificatórios e na dependência do médico com foco na ação medicamentosa, o que circunscreve a maneira como as pessoas compreendem a saúde/doença mental, restringindo possibilidades de subverterem a lógica clássica, ainda que a subversão possa ocorrer, na medida em que se estabelece um processo contínuo de superação dessas marcas históricas.

1.1 O Hospital Dia de Ribeirão Preto

¹¹ O Departamento Nacional de Hiv/Aids e Hepatites Virais prevê o Hospital Dia como serviço assistencial intermediário entre a internação e os serviços ambulatoriais aos usuários, conforme Portaria nº 130 de 1994, publicada pelo Ministério da Saúde

No contexto específico de Ribeirão Preto, o HD é um serviço vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) que existe desde 1961, trinta e um anos antes edição da Portaria 224, de 1992. O HD de Ribeirão Preto foi o primeiro serviço nesse formato a se vincular a uma Universidade Brasileira, no sentido de oferecer internação parcial a pacientes com transtornos considerados mais graves à época (Contel, 1991).

Em 1967, esse serviço foi fechado por questões de ordem administrativa e financeira. Foi reaberto em 1974, por meio de um convênio entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP, e a Secretaria de Saúde do Estado. Desde 1978 funciona ininterruptamente como um serviço do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto, com modificações relacionadas à Reforma Psiquiátrica brasileira, enfatizando o trabalho multiprofissional, o atendimento psiquiátrico medicamentoso, psicoterapias, atendimentos em grupos e participação da família ao longo da entrada e alta do paciente (Contel, 1991).

Silva (2000) contribuiu com uma reconstituição histórica do HD de Ribeirão Preto entre as datas de 1961 a 1967, período de nascimento e constituição dessa instituição, até seu primeiro fechamento. Podemos compreender, desse resgate, que o HD não se constituiu, em sua origem, como uma proposta alternativa ao hospital psiquiátrico, uma vez que não foi explicitado esse objetivo à instituição naquele momento.

O HD, de acordo com a autora, surgiu como uma proposta complementar à instituição psiquiátrica com a mentalidade de cura, fomentando inclusive terapêuticas físicas como a eletroconvulsoterapia, porém, trazia uma ideia centrada na administração de intensas atividades e sociabilidade. Nessa condição ambígua, o HD serviu ao mesmo tempo, para promover mudanças internas na instituição, no sentido de recuperar características humanizadas no processo de trabalho, mostrando à família, e ao “louco”, que ainda era possível construir objetos, ter o que dizer, produzir com respeito a ética, atuar sobre a vida e ter garantido o direito de retornar para casa (Silva, 2000). Dessa forma, a leitura de um serviço substitutivo ou alternativo foi construída no entorno (A. Campos, 1986, Contel, 1991), mas se afirmou como tal, apenas na década de oitenta, após sua reabertura (Silva, 2000).

Os usuários desse serviço provêm da XIII Divisão Regional de Saúde do Estado, composta por vinte e seis municípios, com uma população estimada em 1.357.165 habitantes. A sede do HD se localiza na cidade de Ribeirão Preto, que possui uma estimativa populacional de 619.746 habitantes, segundo IBGE (Brasil, 2012).

Desde sua reabertura, em 1974, o Hospital Dia é considerado um serviço universitário ativo que conta com uma equipe multiprofissional, composta por cerca de treze profissionais,

a saber, psicólogo (1), médicos psiquiatras (2), assistente social (1), terapeuta ocupacional (1), enfermeiros (2), educador em práticas esportivas (1), técnicos de enfermagem (2), agentes administrativos (2) e auxiliar de serviços (1). A instituição conta também com residentes de Psiquiatria, aprimorandos de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, bem como estagiários em psicodiagnóstico, psicoeducação e enfermagem, funcionando como um espaço de ensino e pesquisa (Ishara, 2007).

O serviço abarca atividades programáticas de atendimento individual, psicoterapia de grupo, reuniões comunitárias, atividades físicas e recreacionais, terapia ocupacional, reuniões de família e atenção aos egressos e possui 16 vagas, variando ao longo dos processos de altas e admissões (Junqueira, 2009). Os moldes de atendimento no serviço são reafirmados em princípios da psiquiatria clínica e psicodinâmica, psicoeducação, comunidades terapêuticas e terapias de grupo (Ishara, 2007). Segundo Ishara (2007), o modelo de referência pautado pela convivência comunitária incentiva a reabilitação ativa do paciente e a democratização das relações no hospital.

No contexto de Ribeirão Preto, o fato de se tratar de uma instituição vinculada a um hospital escola, coloca o Hospital Dia em posição estratégica para a prática e pesquisa de metodologias em saúde, tal como ocorre em outros hospitais dia, como o da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP), na cidade de Botucatu (Salzano & Cordás, 2003).

Lima e Botega (2001) realizaram o primeiro estudo prospectivo com usuários do HD no País no intuito de identificar os efeitos do atendimento. A partir de levantamentos realizados em Botucatu, os pesquisadores chegaram aos seguintes resultados: no atendimento a pacientes com diagnósticos de transtornos afetivos (44,1% da amostra), quadros psicóticos (23,5%), transtornos ansiosos (17,6%), quadros orgânicos (11,8%) e dependências de álcool e drogas (2,9%), houve melhora clínica em 79,4% da amostra de 34 pacientes; 11,8% permaneceram inalterados e 8,8% pioraram.

Já no Hospital Dia de Ribeirão Preto, Junqueira (2005) desenvolveu um estudo para avaliar as características sócio-demográficas dos pacientes, na tentativa de relacioná-las ao tempo de internação de cada um deles. Nesse estudo, de acordo com os 694 prontuários analisados, predominaram pacientes do sexo feminino (58,4%), com faixa etária entre 20 a 39 anos (53,5%), de etnia branca (84,2%), estado civil solteiro (59,7%), morando com familiares ou amigos (57,9%), procedentes de Ribeirão Preto e Região (90,2%), com escolaridade de até primeiro grau (53,6%), sem atividade profissional (90,5%) e sem renda individual (51,2%). 73% obtiveram alta por ordem médica e encaminhamento para Ambulatórios (86,2%), além

de apresentar uma única admissão no HD (77,8%). O tempo médio de permanência foi de 49 dias. Os diagnósticos mais prevalentes foram: esquizofrenia (32,8%), episódio depressivo (27,0%), episódio Maníaco/Transtorno Afetivo (15,1%), Transtorno de Personalidade (14,7%). Usuários que já tinham histórico de internação integral anterior foram responsáveis por 47% das admissões. Na pesquisa, concluiu-se que o perfil dos usuários associado à alta e remissão evidencia que o serviço desempenha função de ressocialização e reintegração de pacientes psiquiátricos graves na comunidade, minorando os efeitos da “porta giratória”.

Para o desenvolvimento do nosso estudo, é especialmente importante a atenção ao HD em interface com o trabalho em grupos. Nesse contexto, os trabalhos de Contel & Villas-Boas (1999) e o de Benevides et al (2010) apresentam essa associação. O primeiro enfocou o estudo de uma metodologia de trabalho em grupo denominada Psicoterapia de Grupo de Apoio Multifamiliar, com ênfase ao atendimento de famílias no HD de Ribeirão Preto, estudando a adesão e as dificuldades encontradas por familiares, com fundamentação teórica em Yalom. O segundo resgatou a importância dos trabalhos em grupos terapêuticos na visão da equipe de saúde mental do HD de Fortaleza, com destaque para o processo de autonomia e suporte emocional, bem como os benefícios identificados pela prática com base em intervenções integralizadas.

O recorte teórico/político destacado nessa sessão, em associação à nossa vivência no contexto do Hospital Dia, reconhece uma conjuntura de permanente implantação da Reforma Psiquiátrica, com a convivência de contradições, no sentido de que a modificação do modelo de assistência oferecido envolve uma mudança mais profunda na compreensão da loucura, além de um interesse político em incentivar a ampliação desses novos dispositivos. Com vistas à situação atual dos Hospitais Dia, permanece a importância de novos estudos compreensivos sobre esses serviços, especialmente por demonstrarem um espaço de atenção em saúde mental significativo no contexto onde são desenvolvidos, apesar de as políticas públicas os considerarem em processo de superação.

O interesse dessa contextualização atravessa o cotidiano das histórias vividas e compartilhadas por nós no campo desse estudo e também nos encontros com nossos colaboradores de pesquisas. Vivências que ressoam em um passado-presente de entraves na implantação das diretrizes e mudanças alcançadas em saúde mental que indicam um processo no qual também estamos incluídos, dialogado com a mobilização por maior financiamento, com o desafio no processo de interiorização dos serviços, no incentivo e regulamentação de Centros de Convivência, na efetivação dos serviços de residência terapêutica, no anseio por um redimensionamento da estratégia central do Ministério da Saúde, na figura dos Centros de

Atendimento Psicossociais (CAPS), bem como no reconhecimento de que o incremento de novos dispositivos de assistência não tem garantido uma mudança paradigmática sobre o estigma social da loucura.

Recortamos especialmente, o *Hospital Dia* como nosso foco, com o entendimento de que a instituição HD é parte de uma dimensão maior que se sustenta em grande medida por uma historicidade de apoio financeiro e ideológico ligado à Universidade de São Paulo. Em termos situacionais, a experiência no HD abriga ações relevantes para a rede em que ele está integrado, por ser referência na formação de profissionais e por ser campo de desenvolvimento de pesquisas e metodologias alternativas ao modelo clássico de atendimento com base nos trabalhos em grupos, dentre os quais destacaremos o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM).

2. O CUIDADO EM GRUPO: POSSIBILIDADE EM CONSTRUÇÃO

*“Como pode um peixe vivo, viver fora d’água fria?
 Como pode um peixe vivo, viver fora d’água fria?
 Como poderei viver? Como poderei viver?
 Sem a tua, sem a tua, sem a tua companhia”*
 (Cancioneiro popular, compositor desconhecido)

Os atendimentos em grupo aparecem como metodologias importantes para o contexto de práticas substitutivas em saúde mental que atentam à multiplicidade e à sociabilidade dos usuários e profissionais (Brasil, 2010). Em nossa atuação profissional e de pesquisa, o trabalho em grupo com foco na vivência e no compartilhar cotidiano entre os participantes ganhou contornos de um estudo, em especial, por promover uma compreensão sobre estar na companhia de pessoas e uma abertura criativa de novos fazeres na interface entre a saúde e o adoecimento.

No entanto, as possibilidades de desenvolvimento dos trabalhos em grupo dialogam com um processo histórico mais amplo¹² e com os saberes produzidos sobre a saúde e a doença que, por sua vez, constituem as práticas em saúde mental. Conforme ressalta Husserl (1926-38/2012), o conhecimento científico surge historicamente e pertence ao mundo, ao lado de outros produtos culturais e, ao mundo também pertencem os homens que compreendem, assumem e impulsionam essa ciência. Na dimensão recíproca entre mundo-homem-ciência, o modelo que prevaleceu como um saber legítimo na saúde esteve pautado no padrão biomédico, constituindo uma diversidade de práticas antagônicas aos trabalhos com grupos de forma ampliada.

Nessa perspectiva, convivemos com um modelo biomédico cuja visão do humano é análoga à de uma máquina, o que pautou a tradição de dispositivos em saúde na Modernidade (Barros, 2002). Por meio da premissa homem-máquina, a doença foi considerada como um mau funcionamento do organismo biológico e o médico assumiu o papel de detentor da tecnologia para consertar a possível disfunção¹³ (Barros, 2002; Camargo Jr., 1985; Capra, 1991). Tal leitura produziu maneiras de cuidado focadas na doença e instituiu dispositivos de atendimentos centrados na responsabilidade médica por meio da intervenção tecnológica,

¹² Processo que no Brasil teve diálogo com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica (Bezerra, 1987) atentado no primeiro capítulo.

¹³ O modelo biomédico ou mecanicista predominante, teve suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento, no século XV, e de toda a revolução artístico-cultural (Barros, 2002) que ocorreu nessa época. Foi influenciado pelo paradigma racionalista de René Descartes que estabelecia a separação analítica entre corpo e mente, embora segundo Capra (1991), Descartes reconhecia, ainda mais que os profissionais modernos, a interação entre ambos como aspecto essencial da natureza humana.

medição de parâmetros físicos, diagnósticos nosográficos e uso de procedimentos medicamentosos. O próprio saber popular, mutuamente, esteve imerso ao modelo biomédico, de forma a validar que o encontro com o médico angaria o principal status para a resolução de um problema vivido (Capra, 1991).

Os avanços mediados pelas tecnologias biomédicas, em especial quanto às afecções orgânicas, legitimaram esse saber ao longo do último século, mas, ao mesmo tempo, foi identificada a dificuldade em oferecer suporte satisfatório para problemas de várias esferas do humano, com destaque para os componentes subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer adoecimento (Barros, 2002; Capra, 1991).

Nesse aspecto, Lalonde (1974/1981) contribuiu com um novo entendimento sobre a saúde a partir de análises realizadas nos serviços oferecidos no Canadá. Essa nova proposta referendou a necessidade de ampliar o acesso à informação e de aprimorar os serviços, possibilitando às pessoas tornarem-se parceiras dos profissionais de saúde e não coadjuvantes na preservação e valorização de sua vitalidade. Lalonde (1974/1981) destacou a importância de uma atenção regionalizada e multiprofissional, descentralizada do investimento exclusivo nos dispositivos médicos e hospitalares, o que teve impacto nas propostas de transformações em saúde mundialmente (OMS, 2004). Kleinman (1988; 1987) vai ao encontro dessa visão, problematizando os significados embutidos no termo “doença”¹⁴ que, em seus diferentes usos técnicos e sociais, abarca um sentido mais amplo (*illness*), o qual se refere a um olhar integrado sobre o adoecimento, objetivando à promoção de saúde por meio da imersão da pessoa em seu contexto político, histórico e social (Kleinman, 1988; 1987; Kleinman & Kleinman, 1996).

A influência de novos olhares sobre o campo da saúde e da doença atingiu as diretrizes e políticas de saúde que passaram a buscar e a programar mudanças na visão clássica centrada na doença (Brasil, 2010; OMS, 2004). As propostas traduzem uma integração entre o tradicional modelo biológico e os âmbitos sociais e psíquicos, no reconhecimento de que a doença, ou incapacidade, não é atributo de um indivíduo, mas de um conjunto complexo de condições, muitas das quais pautadas pelos dilemas cotidianos, culturais e emocionais. A

¹⁴ O teórico discorre sobre as diferenças entre os termos “sickness”, “disease” e “illness”. *Sickness* foi reconhecida como a doença em seu conceito genérico, expresso socialmente em meios institucionais, midiáticos e políticos. Já o termo *disease* remete a um vocabulário médico sendo aquilo que o profissional procura para tratar tecnicamente. *Illness*, por sua vez, designa um sentido mais amplo, associado à experiência humana sobre os sintomas, em outras palavras, como a pessoa em sofrimento, seus familiares e agentes de saúde convivem, reagem e percebem as dificuldades provocadas por um adoecimento corporal e psíquico, além disso, carrega um significado cultural que pode variar ao longo do tempo, designando, por exemplo, um estigma quando ligado a história vivida (Kleinman, 1988; 1987; Kleinman & Kleinman, 1996).

solução dos problemas nesse paradigma, reconhecido como biopsicossocial, compreende uma ação integrada de comprometimento coletivo da sociedade com a participação e responsabilização das pessoas; ou seja, um olhar compreensivo para os múltiplos fatores que envolvem um sofrimento (Barros, 2002; Brasil, 2010; OMS, 2004;).

Os trabalhos em grupo consolidam-se por meio dessa abertura paradigmática, em diálogo com perspectivas mais abrangente sobre o adoecimento (Lalonde, 1974/1981; Kleinman, 1988; 1987) e estão amparados nas atuais diretrizes de saúde como um método de trabalho científico, com fins terapêuticos (Brasil 2012; OMS, 2004). Trata-se, porém, de uma tarefa complexa definir a escola ou teórico que inauguram o pensamento sobre a função terapêutica dos grupos, dado o caráter epistemológico múltiplo no surgimento de um saber na área das humanidades em interface com a proposição de um cuidado em saúde (Bechelli & Santos, 2004; Yalom & Leszcz, 2006).

Podemos associar que o termo Psicoterapia de Grupo foi inicialmente referenciado por Moreno (1959/1974) entre 1910 e 1914, que destacou o uso terminológico da palavra ‘terapia’ compreendendo o trabalho com grupos não apenas como uma análise sociológica ou psicológica, conforme ressaltava a Psicologia Social e a Sociologia. Nesse sentido, o foco de Moreno foi o de retomar o sentido de um cuidado voltado para o grupo como um todo e também para seus membros por meio da mediação com o grupo. O domínio desse cuidado global representou um desafio para a Medicina na época, que não encontrava alternativas para a prática clínica centrada, naquele momento, no indivíduo e na doença. Foi necessário manter o diálogo com outros campos, como a Ciências Sociais, no intuito de resgatar o princípio epistemológico e científico no trabalho em saúde mental com vários indivíduos (Moreno, 1959/1974). No cuidado em grupo, Moreno (1959/1974, p. 21) buscou reencontrar uma posição para o homem em uma relação intensa com o universo, destacando a responsabilidade do homem sobre todas as formas de existência que habitam o mundo, caso contrário, sua “responsabilidade não significa absolutamente nada” (Moreno, 1959/1974, p. 21). O autor reconhece uma dimensão coletiva e de uma corresponsabilidade, em que o encontro e o significado inter-humano, em sua complexidade afetiva, é o fundamento para sua proposição de psicoterapia em grupo.

Para Moreno (1959/1974), a psicoterapia de grupo foi conceituada como uma metodologia clínica, desenvolvida conscientemente mediante pesquisas empíricas sistemáticas, onde se empreende um tratamento dos problemas psíquicos e sociais de um grupo. Moreno (1959/1974) contribui, ainda, com a diferenciação entre os termos “Terapia de Grupo” e “Psicoterapia de Grupo” apontando que o termo “terapia” de grupo é melhor

empregado quando os efeitos terapêuticos são secundários, ou seja, são subprodutos das atividades principais do grupo, sem o consentimento explícito dos membros a serem tratados e sem um plano científico, como exemplo, uma terapia de grupo pode ocorrer em qualquer atividade grupal seja em uma escola, igreja, ou outro ambiente social. Já o termo “psicoterapia” de grupo passa a ser utilizado quando a meta única e imediata é a saúde dos membros e é alcançada, conforme apontado anteriormente, segundo métodos científicos e epistemológicos.

Mundialmente, em especial ao longo do século XX, foi identificado um crescente interesse pelas atividades de terapia e psicoterapia de grupo, especialmente pelas demandas de atenção em saúde no período pós Segunda Guerra e pela importância dada ao potencial intersubjetivo das ações terapêuticas em saúde (Bechelli & Santos, 2004; Moreno 1959/1974).

Dentre os países que trabalharam e desenvolveram metodologias grupais estão os Estados Unidos. Joseph Henry Pratt foi considerado, entre os americanos, o pioneiro a organizar um modelo inicial para o trabalho com grupos voltados para pacientes tuberculínicos, no início do século XX (Bechelli & Santos, 2004; Osório, 2007; Boris, 2013, Moreno, 1959/1974). Pratt identificou, na sala de espera de seu consultório, que seus pacientes compartilhavam informações e experiências favoráveis ao processo do tratamento. Ele criou mediante isso, um espaço específico para que as pessoas acometidas pela tuberculose pudessem compartilhar com cerca de vinte outros pacientes a vivência da recuperação com vistas a promover uma rede de apoio mútuo. Essa modalidade recebeu o nome de *classeterapia* e foi pioneira em reconhecer a importância dos aspectos psicológicos no enfrentamento de uma doença orgânica (Yalom & Leszcz, 2006; Bechelli & Santos, 2004).

Apesar dessa relevância, Moreno (1959/1974) aponta que o modelo proposto por Pratt não poderia ser relacionado como uma Psicoterapia de Grupo, na medida em que a figura do médico mantinha-se numa postura educativa, de forma a relatar sobre a tuberculose/doença, seus efeitos, sintomas e cura, mediante uma orientação médica, como via de apoio para seus pacientes.

No entanto, a proposta de Pratt favoreceu que outros médicos norte-americanos empregassem e desenvolvessem trabalhos em grupos, com destaque para Lazell, na cidade de Washington, que no início do século XX registrou seu método voltado ao sistema de aula, em que discutia assuntos relacionados ao medo de morte, fantasias, delírios e alucinações com pacientes esquizofrênicos internados. Outro trabalho que merece destaque foi desenvolvido por Marsh, entre 1909 e 1912. Marsh criou grupos formados por 200 a 400 participantes de presença voluntária, consolidando um formato de grupo aberto com pessoas de diferentes

diagnósticos, nos quais se ofereciam atividades em formatos artísticos e que contemplavam a reeducação e sociabilidade. Esse modelo demarca a pioneira concepção de comunidade terapêutica, dada a multiplicidade da experiência no alcance da saúde (Bechelli & Santos, 2004; Boris, 2013; Yalom & Leszcz, 2006).

Em termos sócio-políticos, o contexto de saúde norte americano incentivou a qualificação de técnicas grupais por ser baseado em planos privados e no interesse em diminuir custos com a criação dos centros comunitários de saúde mental onde essas técnicas de fins terapêuticos educativos ou psicoterapêuticos passaram a ter espaço e exigir a formação de profissionais para o trabalho (Bechelli & Santos, 2004; Moreno 1959/1974). Tal conjuntura favoreceu a criação e o desenvolvimento da primeira associação de psicoterapia em grupo em 1943: a *American Group Psychotherapy Association* (AGPA), fruto dessa Associação surgiu o *International Journal of Group Psychotherapy*, em 1951, referência para a produção teórica e prática na área de grupos (AGPA, 1992).

No continente europeu também foram desenvolvidos trabalhos grupais que culminaram com a fundação da *Group Analytic Society* na cidade de Londres, em 1952, com o objetivo de produzir e compreender a riqueza dos trabalhos com grupos, paralela à experiência norte-americana. Como decorrência dessa Sociedade, o *International Journal of Group-Analytic Psychotherapy (Group Analysis)* foi produzido em 1967, sendo outra referência científica que explora a teoria, prática e experiência de psicoterapia analítica de grupo, abrangendo os campos da Psicanálise, da Psicologia Social, da Dinâmica de Grupo, da Sociologia e da Antropologia. (*Group Analytic Society*, 2012)¹⁵.

Os estudos realizados sobre grupo, ao constituírem-se em uma diversidade de fins terapêuticos e epistemológicos, almejavam situar os atendimentos em múltiplos contextos, quanto à aplicabilidade e a função terapêutica do coordenador. Conceituações específicas sobre a composição e o formato dos grupos começaram a ganhar contornos cada vez mais diversos (AGPA, 1992, Moreno 1959/1974, Osório, 2000, Yalom & Leszcz, 2006).

¹⁵ A fundamentação teórica específica para os grupos envolveu esforços de campos distintos das ciências humanas. Dentre esses esforços, estão os estudos de Kurt Lewin (1892-1947), alemão que desenvolveu parte significativa da sua obra nos Estados Unidos, ao refugiar-se da Segunda Guerra. Ele cunhou a raiz do termo 'dinâmica de grupo', destacando a totalidade das relações e uma visão multidimensional das forças que agem no grupo em sua Teoria do Campo; Pichon-Rivière (1907-1977), suíço naturalizado argentino, sistematizou os chamados grupos operativos, fundamentados na realização da tarefa grupal, seja ela a de um aprendizado ou a de um fim terapêutico; Wilfred Bion (1897-1979) psicanalista britânico que desenvolveu grupos com militares na segunda guerra, teorizando sobre os padrões básicos usados entre os participantes nessa modalidade de trabalho; Siegmund Foulkes (1898-1976) psiquiatra e psicanalista alemão, naturalizado britânico, o qual destacou a importância de tornar consciente aquilo que se encontrava latente no grupo, criando a Psicoterapia Grupo-Analítica, influenciado também pela leitura de totalidade do humano ressaltada pela Gestalt Terapia, de Fritz Perls (Mailhiot, 1991; Osório, 2000; Pichon-Rivière, 1983/1994; Ribeiro, 2007; Sampaio, 2002; Zimerman, 2000).

A atenção sobre os trabalhos em grupo passou a deter-se, especialmente, sobre a postura do médico/psicólogo/profissional na relação psicoterapêutica em grupos (AGPA, 1992). Nesse âmbito, as contribuições de Carl Ramson Rogers (1970/2009) ganham destaque na medida em que propõe o termo facilitador de grupo, no sentido de que o terapeuta ou coordenador do grupo passa a funcionar progressivamente como participante, indicando uma postura de horizontalidade nas relações. A mudança relacional é mediada pelo entendimento de que o facilitador deve ser responsável para com os participantes e não por eles no sentido de uma liderança hierárquica. Essa dimensão convida a uma postura inovadora nos dispositivos de atendimento, no sentido de que na medida em que os profissionais deixam de ser o centro da tecnologia e do protagonismo sobre o processo saúde e doença, o usuário acessa a possibilidade de integrar ativamente seu processo como pessoa que detém um saber genuíno sobre sua vivência (Rogers & Stevens, 1967/1991; Rogers & Rosenberg, 1977/2011)¹⁶.

Na década de oitenta, estudiosos atentos ao aumento no número de pessoas que passaram a usar o grupo como ferramenta de intervenção buscaram enfatizar a necessidade de profissionalização para o trabalho. Nos anos seguintes, voltou-se a atenção para a característica eclética dos profissionais e para as mudanças no processo terapêutico, comunicando experiências exitosas em grupo por meio de trabalhos com mulheres, crianças, adolescentes em conflito com a lei, idosos e portadores de deficiência motora. (AGPA, 1992; Greene, 2012; Yalom & Leszcz, 2006).

No Brasil, especificamente, a partir desse contexto mais amplo de mudanças na área da saúde, os trabalhos em grupo passam a ser previstos nas políticas públicas, de modo a promover um espaço coletivo para o encontro entre pessoas, onde potencialmente a integridade proposta pelo SUS é contemplada, dado a possibilidade de construção de um sentido comum entre as distintas perspectivas, de profissionais, gestores e usuários da saúde (Brasil, 2009a, Brasil, 2007).

Conforme apontou Lancetti (1993), já no início dos trabalhos pós Reformas, os grupos ganharam destaque na área da saúde brasileira com a diminuição das internações psiquiátricas e o aumento das atividades em hospitais dia e ambulatorios. A proposta coadunou-se ao preconizado pelo SUS no que concerne à participação e ao reconhecimento da comunidade de

¹⁶ Antes mesmo de Rogers, outras contribuições davam a dimensão social e horizontal das relações, com destaque para Alfred Adler, psiquiatra austríaco do início do século que, influenciado pelo pensamento marxista sobre a luta de classes, já desenvolvia grupos em um clima de abertura e igualdade com discussão livre, apesar de ainda não serem referenciados como terapêuticos, mas como práticas reeducativas (Boris, 2013; Gomes & Castro, 2010).

acordo com sua cultura e seus costumes. A marca do “coletivo”, segundo Guanaes e Japur (2001), apareceu como potencializadora da organização conjunta e da possibilidade de um reconhecimento compartilhado do sofrimento, o que enriqueceu a compreensão do processo saúde e doença, em especial pelas trocas interativas.

O atendimento grupal fora acentuado principalmente com as mudanças propostas pelo SUS. Tinha-se no atendimento individual a assistência prioritária e almejada pelo usuário, em especial, pela visão de saúde historicamente relacionada a um bem individualizado, ligada ao modelo biomédico. A visão de atendimento em grupo surge, nesse sentido, como uma alternativa incompreendida em seu potencial terapêutico, muitas vezes indesejada nos serviços pelos usuários (Bezerra 1987).

Ainda é um desafio pautar um atendimento qualificado em grupo que mobilize e tenha a adesão da comunidade no País, já que, por vezes, ele aparece associado à economia de tempo e espaço, bem como à manutenção da produtividade dos serviços. Permanece a necessidade de avaliar o contexto de emergências das demandas, as contribuições do processo grupal, o preparo dos profissionais e o porquê da falta de adesão para sustentar a melhoria dos atendimentos (Bezerra, 1987; Rasera & Rocha, 2010).

Conforme apontam Yalom e Leiszcs (2006), o atendimento em grupo, terapêutico ou psicoterapêutico, ainda causa estranhamento entre usuários e profissionais de saúde mental, resistência que pode estar ligada à marca pouco científica e acadêmica dos grupos de autoajuda¹⁷ ou, ainda, à carência de formação dos terapeutas no papel de coordenadores, mais preparados para o atendimento individual (Rasera & Rocha, 2010; Yalom e Leiszcs, 2006).

A literatura sobre grupos na área da saúde mental tem convidado à compreensão dos impasses apontados anteriormente, indicando os potenciais e os limites nos diferentes contextos de atuação, tendo em vista, principalmente, as mudanças de paradigmas de um modelo biomédico para uma visão psicossocial. O esforço está em construir e compreender tecnologias sociais que melhorem a qualidade e a atenção integral, que incluam, ao mesmo tempo, a diversidade e a prática coletiva, favorecendo a autonomia dos sujeitos com o

¹⁷ Os grupos de autoajuda podem ser identificados como aqueles compartilhados por pessoas adictas ao álcool, drogas e de apoio a familiares na busca pela identificação positiva e de apoio entre os membros, não está pautado em uma fundamentação científica em sua origem, mas ligada a uma historicidade de organização civil e religiosa de apoio entre pessoas. Em geral, a coordenação varia entre os membros que auto mantem o custeio e a organização do grupo. Possuem, por sua vez, uma cultura própria de reabilitação, que mesmo sendo alvo de estudos e da apropriação de um discurso científico, mantêm a marca de origem com autossuficiência e valores próprios (Zimmerman, 2000; Roehe, 2004; E. Campos, 2004). Esses grupos são historicamente relevantes na rede de apoio em saúde por todo o mundo e encontram-se abertos e acessíveis, como exemplo dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/literatura>; <http://www.na.org/?ID=reports-nawsnews-nawsmain>.

objetivo de ressocialização (Guanaes, 2006; Habigzang, 2006; Lemos & Cavalcante, 2009; Rasera & Japur, 2007; Sena et al, 2010).

Os grupos traduzem a possibilidade de surgimento de um sentido comum entre as distintas perspectivas, de gestores, trabalhadores, familiares e usuários da saúde. Essa característica é destacada nas proposições políticas de promoção e prevenção da saúde no País que, por sua vez, descrevem e garantem o financiamento dos atendimentos grupais em suas resoluções, desde a Portaria 224 de 1992 (Brasil, 1992; 2007).

Essas atividades foram descritas na forma de atendimento grupal, como grupos terapêuticos, de orientação, atividades socioterápicas, de sala de espera, educativas e, ainda, visitas domiciliares e atividades comunitárias (Brasil, 1992), com previsão contínua de incentivo de espaços coletivos e de encontro entre as pessoas (Brasil, 2009a). Esses espaços são referenciados pelas diretrizes de saúde de forma genérica, podendo referenciar um atendimento no serviço, uma visita à casa de uma determinada família, a realização de uma aula sobre diabetes ou uma oficina de capoeira (Brasil, 2009a), permitindo que um grande número de modalidades grupais sejam desenvolvidas.

Podemos observar que no campo conceitual, apesar das tentativas de delimitar um arcabouço que organize as nomenclaturas e práticas grupais, há uma variedade de formas de manejo dos trabalhos com grupos, refletindo um exercício transgressor quanto à maior precisão dos conceitos. Entretanto, distanciando-se dessa suposta imprecisão, o trabalho em grupo prevê fundamentações conceituais epistemologicamente ligadas a uma descrição científica de seus fundamentos, conforme aponta Moreno (1959/1974), na conceituação inaugural sobre o campo terapêutico com grupos.

Rodrigues (1999) aponta, nesse sentido, a impossibilidade de existência de um objeto “grupo” específico, frente às múltiplas terminologias, e ressalta a importância em considerá-lo como um emblema misto, construído historicamente segundo concepções epistemológicas distintas, mas que devem ser explicitadas e bem descritas, ao compor uma modalidade significativa de atendimento nos serviços.

A definição de “grupo”, fluída e histórica em si mesma, é, por consequência, redimensionada permanentemente pelas resoluções governamentais e por práticas profissionais, especialmente quando ligada a termos como “intervenções comunitárias”, “grupos de sala de espera” e “visitas domiciliares”, que incrementam o sentido de grupo como prática de cuidado.

2.1. Grupo Comunitário de Saúde Mental

A proposta nomeada como Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) vem sendo desenvolvida desde 1997, no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (USP)¹⁸, com o objetivo de ampliar o repertório de práticas de cuidado em saúde mental (Cardoso, 2012). Naquele momento, o trabalho oportunizava o acesso a informações sobre doenças mentais e seus respectivos tratamentos por parte de usuários do serviço de saúde mental e dos familiares, assemelhando-se a um grupo de educação em saúde mental. O trabalho culminava em uma reunião anual, oportunidade em que os usuários relatavam suas experiências em relação ao quadro clínico vivido. Desde o início, o conhecimento e a experiência dos usuários e dos familiares eram destacados. O evento contava, ainda, com apresentações artísticas e com a participação dos profissionais na função de sintetizar, informar e aprofundar o debate sobre o tema do encontro.

Ao longo dos trabalhos e das discussões decorrentes, o foco foi se alterando, dada a percepção da riqueza dos relatos pessoais e da experiência múltipla como facilitadora da ajuda e da participação no grupo. Os temas, continuamente, foram ampliados para além do foco educativo (Cardoso, 2012).

Concomitantemente, houve um processo de inclusão como participantes do grupo de profissionais, estudantes e pessoas da comunidade com os usuários e familiares, sem delimitar atribuições diferenciadas em tal participação. Essa característica singularizou o grupo por pautar uma composição com os diferentes agentes: usuários do serviço, familiares, residentes de psiquiatria, estudantes da área de saúde, profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, entre outros. Tal característica distanciou-se do formato de trabalho em grupo em que os usuários são o foco do cuidado em saúde, o que resultou em uma multiplicidade de arranjos relacionais que não o centrado no paciente-terapeuta.

Destacamos nessa descrição geral, o caráter simétrico do grupo em que a promoção do cuidado não está pautada na cisão clássica de profissional como coordenador que ajuda e usuário como paciente que recebe a ajuda. Nessa disposição, as pessoas se reúnem, sejam profissionais, usuários ou familiares sem a distinção de papéis, ou seja, todos fazem uso e se beneficiam do grupo com o mesmo objetivo. Não se trata, pois, de um atendimento comunitário onde o profissional se insere de forma mais horizontal no contexto de vida dos

¹⁸ O GCSM mantém, desde o início, parceria com Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP e desde 2009, conta com o apoio programa Programa Aprender com Cultura e Extensão – USP.

usuários e família como um agente facilitador de promoção de saúde. Ocorre uma busca pela dissolução do rótulo ‘profissional’, ‘usuário’, ‘familiar’ em que todos são convidados a participarem, de tal sorte que a dimensão humana do encontro pode ser compartilhada por todos os envolvidos.

Mediante essas mudanças no formato, o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) firmou-se como um grupo aberto, heterogêneo, que tem um coordenador figurando com o papel de mediador. O coordenador integra o grupo juntamente com outros profissionais e estudantes de saúde, incluindo técnicos do serviço, médicos residentes, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, familiares e usuários convidados a participarem do grupo, sem uma função hierárquica, mas no intuito de compartilhar uma experiência vivida. Nesse processo de inclusão e da atenção à experiência vivida, o GCSM passou também por um aprimoramento teórico metodológico.

Segundo Ishara & Cardoso (2013), o desenvolvimento do grupo esteve ligado em sua origem às proposições conceituais de Enrique Pichon-Rivière (1983/1994), com pressupostos de um processo grupal baseado na noção de tarefa e a compreensão do próprio grupo como uma oportunidade de experiência que permite a estruturação do psiquismo e a aprendizagem. O diálogo com Pichon, nesse contexto, ocorreu pelo aspecto propositivo da tarefa e a perspectiva de ampliação e aquisição de novos papéis que não aqueles centrados na estrutura social predominante, atrelados à doença ou ao papel profissional.

Em continuidade aos aprimoramentos, Cardoso (2012) acresceu ao fundamento teórico do GCSM as contribuições da Fenomenologia. A Fenomenologia, como um movimento filosófico amplo, influenciou a revisão no modo de produzir um conhecimento em ciências humanas, propondo a superação do modelo explicativo e causal com atenção para o caminho compreensivo que permite acessar o mundo ao tempo em que se acessa a pessoa e sua experiência (Husserl 1913/2006; Stein, 1922/1999; Stein 1933/2000). Nesse contexto, a autora (2012) destacou o entendimento da pessoa humana e seu caráter essencialmente comunitário, em diálogo com Edith Stein (1922/1999)¹⁹, o que sustentou a noção de que a pessoa inerentemente interage e que, nesse movimento dativo, pode contribuir para um todo maior, uma coletividade que a atravessa e a transcende, referenciada como Comunidade.

¹⁹ Edith Stein, filósofa e teóloga alemã, deu continuidade e aprofundamento ao pensamento iniciado por Edmund Husserl, considerado o precursor do pensamento fenomenológico. Stein buscou dar andamento ao proposto por Husserl no sentido de desenvolver um aparato conceitual para a Fenomenologia em diálogo com a Psicologia, como exemplo elucidando os termos consciência, psíquico e ontologia (Peres, 2013).

Além da dimensão ontológica²⁰ do termo Comunidade destacado em Stein (1922/1999), Sawaia (1996) aponta que os sentidos de “Comunidade” e “Comunitário” adentram o campo científico em virtude de uma avaliação crítica do papel social das ciências, e mais significativamente nas práticas em saúde mental nos anos setenta e oitenta. O termo apresentou, desde então, uma diversidade de significados, ora ligados à atenção em saúde no lócus dos usuários, em especial na atenção básica, outras vezes ao discurso demagógico de políticos para designar o compromisso com o povo, para referenciar grupos de bairros, grupos religiosos ou qualquer prática de profissionais fora do consultório ou instituição, sendo necessária, pois, a compreensão do termo em suas nuances.

Mundialmente, as propostas que vêm ao encontro do sentido “comunitário” em saúde mental ganharam destaque. Como exemplo, podemos citar as experiências de atenção à saúde mental, compiladas pela Organização Mundial de Saúde, que descrevem a importância dos cuidados primários em diferentes países, realizados no ambiente de vida das pessoas. Essas ações apareceram como decisivas ao acesso e à adesão da população ao cuidado, além de sustentar um planejamento de ações contínuas dos profissionais afinados ao lócus e cultura da população atendida (OMS, 2008)²¹.

Relativamente ao Grupo Comunitário de Saúde Mental, a utilização do termo “Comunitário” se coadunou a uma escolha desenvolvida pelo conjunto do grupo. Ou seja, os participantes escolheram nomear o grupo como “Comunitário” de maneira que entendiam o termo como representativo da dimensão equânime e participativa que espelhava o cotidiano do trabalho. Nesse sentido, apesar de a metodologia dialogar com o fundamento pós-reformista em saúde mental brasileiro num paradigma biopsicossocial, a proposta em si não

²⁰ As dimensões ontológicas e ônticas são ressaltadas por Edith Stein (1922/1999) em um esforço por seguir no empreendimento fenomenológico Husserliano de identificação do conhecimento essencial/eidético. Compreende-se em Stein o ontológico como as estruturas que definem as possibilidades de realização da existência humana, o ôntico remete aos fatos da existência. Nesse sentido, comunidade é uma dimensão ontológica que integra essencialmente o homem.

²¹ Temos em paralelo as práticas comunitárias, o desenvolvimento da Terapia Comunitária que vem se desenvolvendo na saúde coletiva e compõe a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2006a). A Terapia Comunitária é um instrumento de trabalho em saúde que possibilita a construção de redes sociais solidárias para a promoção da vida e da mobilização de recursos atentos às competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades, valorizando a herança cultural dos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus além do saber produzido na vida cotidiana (A. Barreto, 2008, Brasil, 2006a; Brasil, 2011). Outro exemplo de ações em saúde em um paradigma comunitário contempla o ‘Recovered Movement’ nos Estados Unidos (Davidson, Tondora & Lawless et al, 2009) que destaca a interdisciplinaridade e a imersão do profissional no contexto dos usuários, consolidando a saúde entre pares e o protagonismo da pessoa em sofrimento, com atenção ao cuidado no lócus de vida e ao sentimento de pertencimento, com influência de uma dimensão qualitativa para o trabalho em saúde (White, 2013). Trata-se, dessa forma, de uma amplitude de trabalhos que compartilham do termo “comunitário”, os quais extrapolam o objetivo do estudo que ilustrou alguns desses trabalhos no intuito de singularizar a proposta do GCSM.

referencia “comunitário” como algo ligado às práticas de saúde coletiva e terapia comunitária com atenção ao lócus social de seus integrantes (A. Barreto, 2008; Davidson, Tondora & Lawless et al, 2009; OMS,2008). Dessa forma, o sentido de Comunidade, destacado por Cardoso (2012), caracteriza um fundamento epistemológico, em diálogo com uma concepção de algo inerente e compartilhado por todos, assim como ressalta Safra (2004): “comunidade é nossa condição originária. Só nascemos em comunidade, somos em comunidade e morreremos em comunidade” (Safra, 2004, p. 73).

Cardoso (2012), além de discutir sobre o sentido comunitário intrínseco à pessoa em Stein (1933/2000), destacou no mesmo enquadre teórico, os significados de vivência e experiência que segundo a autora, contribuíram para consolidar os objetivos do GCSM. O termo *vivência* pura é retomado como uma estrutura peculiar de todo o ser humano, relativa aos atos de pensar, imaginar e sentir. O conteúdo dessas vivências, por sua vez, é considerado como *experiência* e se refere à relação intencional entre o sentir e o que é sentido, entre o pensar e o que é pensado para cada situação (Stein, 1933/2000). Ambas essas capacidades estão ligadas ao sentido de *espírito* que diz respeito às dimensões especificamente humanas, não sendo partilhado por outro ser; uma estrutura ontológica comum referente aos atos de refletir, decidir, criar que, por sua vez, se expressa em *experiências* das mais diversas.

O significado de experiência, explicitado por Stein (1933/2000) agregou aos esforços de Husserl (1913/2006) em estabelecer a intencionalidade fenomenológica e compreender o conhecimento em um movimento correlativo entre o mundo tido como “visado” e seu componente intencional humano que apreende o sentido²² (Husserl, 1913/2006). O conceito de experiência também recebeu desdobramentos de teóricos da Fenomenologia da Religião com a intenção de compreender as dimensões intencionais entre homem e o sagrado como nos trabalhos de Geerardus van der Leeuw (1890-1950) e Luigi Giussani (1922-2005)²³.

Pautada na intencionalidade homem-mundo, a experiência vivida, em seu fundamento, está associada à compreensão da realidade humana (Amatuzzi, 2009, Solymos, 2006). Conforme aponta Solymos (2006) em diálogo com Van der Leeuw (1970), a pessoa conversa com a realidade segundo a compreensão que faz dela; em outras palavras, respondemos à

²² Essas dimensões fenomenológicas serão aprofundadas no capítulo três do estudo.

²³ Na Fenomenologia da Religião houve um destaque a noção de experiência humana em relação aquilo que é tomado como sagrado (Leeuw, 1970; Ursaski, 2004). Há uma compreensão de que cada ser humano possui uma instância própria que se liga à esfera divina transcendental de forma análoga a uma fonte de ressonância a qual, devido ao seu material ‘comum’, comunicam-se na mesma frequência (Usarski, 2004). Luigi Giussani (Giussani, 2000), por sua vez, destaca o termo ‘experiência elementar’, relacionado à constituição do sujeito e sua vibração direta ou ímpeto presente para identificar o sentido último das vivências, ligado a temas como religião, justiça, felicidade e morte (Giussani, 2000, Mahfoud, 2012).

vida, a partir da experiência contemplada dentro de uma realidade. A experiência vivida forma uma unidade com a pessoa, pois é por meio da experiência que a vida se insere no eu e o eu se insere na vida. Dar atenção à experiência vivida envolve com isso, reconhecer a maneira como uma pessoa interpreta, recebe, compreende e significa os eventos que ocorrem em seu cotidiano.

Em termos semânticos e etimológicos, a palavra *experiência* remete ao latim *experiri*, provar (experimentar), sua raiz indo-européia é *per*, que remete a ideia central de travessia. Uma palavra comum em nosso vocabulário com a raiz *per* é peiratês ou pirata, indicando alguém que faz uma travessia. Em português a palavra experiência significa “o que nos acontece”, refere a “prática da vida” (Bondía, 2002, Ferreira, 2008). Bondía (2002) relembra, entretanto, que no cotidiano, muitas coisas se passam na vida, mas ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Nessa medida, o GCSM, encontra a seguinte ressonância em suas problematizações sobre a experiência:

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p. 24).

A experiência vivida evidencia uma complexidade na qual a pessoa e o mundo vivido correspondem-se mutuamente; ela não é reduzida ao psiquismo e à passividade de recepção externa que eliminam qualquer movimento intersubjetivo, não se trata, assim, de restringir a experiência a uma experimentação de laboratório. O humano em última instância, em um olhar fenomenológico, retoma a possibilidade de ser a fonte de um sentido, uma fonte abastecida pelo mundo intencionalmente possível pela existência temporal e espacial (Husserl, 1926-38/2012; Massimi & Mahfoud, 2007). Por sua vez, essa leitura distancia-se do conceito de experiência usado pela Psicologia Moderna com Wilhelm Wundt, em que o termo deixou de integrar uma categoria gnosiológica valorizada para acessar o humano, passando a ser o objeto científico, destituído da participação do sujeito em uma validade pautada na passividade e na neutralidade (Bello, 2004; Gaspar & Mahfoud, 2006). Husserl (1926-38/2012), em contrapartida, ressaltou a relevância da experiência como uma revisão epistemológica necessária para construção do conhecimento sobre o humano.

A importância da atenção à experiência ressoou em diferentes campos do saber e também em modelos de cuidado na saúde, dado seu caráter transcendental e intersubjetivo,

especialmente em trabalhos que dialogam com a epistemologia fenomenológica na busca por enriquecer práticas em saúde mental e fundamentações conceituais clínicas, como por exemplo, nos trabalhos de AmatuZZi (2009), AmatuZZi, Solymos et al (1991), Bondía (2002), Boris (2013), Cooper, O'hara et al (2007), Mahfoud (2012), Massimi & Mahfoud (2007), Moreira (2013) e Solymos (2006).

A experiência envolve, pois, o reconhecimento essencial de uma intersubjetividade e da suspensão de conhecimentos diante da realidade, para que se possa contemplar aquele que habita e o que se supõe verdadeiro:

[...] o contexto da experiência é interpessoal: nascemos em um grupo humano e vivemos junto a outros. O mundo vivido nos é dado também socialmente; aparece aqui a intersubjetividade. O modo fenomenológico de pensar caracteriza-se pela consideração da experiência intencional no encontro das subjetividades envolvidas com o mundo (AmatuZZi, 2009, p. 96).

Conforme ressaltado por Cardoso (2012) e Cardoso & Ishara (2013), o GCSM em sua historicidade passou a centralizar a atenção à experiência cotidiana, ao valor intrínseco da pessoa humana e à dedicação ao encontro humano pela relevância das relações em sua imersão comunitária.

Sob esse olhar de valorização da experiência inerente à relação entre pessoa-pessoa, pessoa-mundo e pessoa-cotidiano, o GCSM acontece com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, em que o coordenador inicia o grupo com a função de descrever o grupo e suas etapas com vistas a dar destaque aquilo que “acontece”. Contabilizam-se, aproximadamente, vinte e cinco pessoas na composição do grupo por semana. As etapas que compõem o Grupo são: a) Sarau, b) Relato de Experiências e, por fim, c) Elaboração do Trabalho Grupal. Essa estrutura é singular para cada grupo desenvolvido, não prevendo a continuidade de temas, conversas e assuntos entre as semanas.

No Sarau, inicialmente, os participantes relatam experiências vividas a partir do contato com textos, imagens, músicas, produções artísticas, fotografias, produções literárias, jornalísticas, remontando ao valor de uma apropriação e percepção do mundo humano em seu caráter estético. Os propositores do GCSM identificam que a arte e a produção cultural são veículos significativos de comunicação e que podem potencializar o crescimento humano por facilitar a percepção de si e do outro como seres que produzem sentido (Cardoso & Ishara, 2013).

O Relato de Experiências, por sua vez, é o espaço para a partilha de experiências propriamente ditas, ou seja, histórias vivenciadas e que tiveram algum impacto na existência

do participante. A busca envolve compartilhar um acontecimento que criou um lugar, mediante uma receptividade ao mundo e a si.

Na última etapa, de Elaboração do Trabalho Grupal, as pessoas têm um espaço para expressar a experiência vivida no grupo, ou seja, se algo aconteceu em alguma medida experiencial nas etapas anteriores do processo. Os participantes passam a indicar qual das experiências compartilhadas teve para si uma ressonância. Dessa maneira, o grupo possibilita que a experiência também possa ser destacada pela vivência no espaço grupal.

A proposta do GCSM encontra-se em um processo constante de avaliação e reavaliação em uma abertura dialógica desde sua origem com colaborações de Pichon-Rivière (1994) até as contribuições teóricas fenomenológicas (Cardoso, 2012). Nesse processo, o trabalho, atualmente, vem se desenvolvendo por meio dos seguintes objetivos gerais (Ishara & Cardoso, 2013):

a) Fomentar um exercício contínuo e pessoal de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana, de forma a ser expresso no trabalho grupal, com vistas à promoção da saúde mental e do crescimento pessoal;

b) Oferecer uma modalidade de cuidado à saúde mental com ênfase no acesso da comunidade e na atenção aos múltiplos favorecedores no processo de ajuda;

c) E, por fim, desenvolver uma rede de pessoas articuladas em um movimento de atenção compartilhada no cuidado da saúde mental (Cardoso, 2012).

O GCSM tem como característica uma abertura às ressonâncias da experiência cotidiana que mediam, a cada ano, uma temática em torno dos seus objetivos, a ser compartilhada semanalmente. Por exemplo, no ano de 2011 o tema que atravessou todo o ano de atividades foi “descobertas preciosas: pessoas e acontecimentos”; no ano de 2012, o grupo teve como tema “a vida acontecendo”; no ano de 2013, o tema do grupo foi “caçadores de experiências”; em 2014, contemplou “a formação da pessoa humana”; e no ano de 2015, vem se consolidando “no cotidiano, compondo uma história”. Os temas descrevem um jeito de convidar ao trabalho em sintonia com um processo contínuo, mas centrado na dimensão experiencial compartilhada pelo humano em sua heterogeneidade. A experiência, a atenção ao cotidiano e a condição intrinsecamente comunitária da pessoa fundamentam o sentido de cuidado em saúde mental, proposta nessa atividade.

Em levantamento realizado, especificamente, sobre os efeitos terapêuticos do GCSM, Silva et al (2013) apresentam a identificação de fatores destacados por Yalom & Leszcz (2006) como indicativos de benefícios oferecidos pelo GCSM a seus participantes. Como resultado, foram apontados alguns dos fatores terapêuticos identificados: a aprendizagem

interpessoal e altruísmo, a liberação das emoções (ligada ao conceito de catarse), a mudança pessoal, a instilação da esperança, uma participação ativa e de escuta associada ao reconhecimento de que não se está isolado quanto aos problemas pessoais (universalidade e comportamento imitativo), a possibilidade de vivenciar algo valoroso para si a partir da experiência do outro (aprendizagem vicária), além do reconhecimento do espaço como um contexto agradável e de integração entre seus componentes (coesão), numa valorização da dimensão empática e de temas universais, como a morte e liberdade, promovidos pelo grupo (socialização e fatores existenciais).

Tendo em vista um campo que já vem sendo alvo de estudos em diferentes vertentes teóricas, a nossa proposta compreensiva, perpassou por uma imersão no contexto semanal do grupo, que vem ao encontro do fundamento epistemológico de experiência. Com isso, o foco está no desenvolvimento de uma vivência de pesquisa empírica, de modo a destacar a perspectiva dos participantes sobre essa metodologia de trabalho em saúde. Um recorte que pode vir a potencializar as formas de compreender a participação e o uso terapêutico do grupo no contexto de saúde mental onde é desenvolvido, bem como favorecer o entendimento acerca de uma prática terapêutica que está em processo de aprimoramento e expansão com potencial de incrementar o repertório de práticas, coadunando-se às demandas políticas atuais em saúde.

3. TESSITURAS METODOLÓGICAS E O FUNDAMENTO FENOMENOLÓGICO

Meras ciências de fatos fazem meros homens de fatos
(Husserl, 1926-38/2012, p. 3)

Nosso estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa compreensiva, cujo fundamento consiste na escolha epistemológico/teórica e no detalhamento do processo a ser construído (Gonzalez Rey, 2002). Em alguma medida, a epígrafe citada acima (Husserl, 1926-38/2012, p.3) nos acompanhou em todo processo, para não perdermos a dimensão da constituição humana na construção do conhecimento. Apresentaremos, em sequência, os aspectos metodológicos e epistemológicos que esboçamos para delinear o recorte.

3.1. *Objetivo do estudo*

O objetivo do presente estudo foi compreender, a partir da ótica de seus participantes, o Grupo Comunitário de Saúde Mental.

Os objetivos específicos envolvem:

- a) compreender a vivência de cada participante na multiplicidade de componentes: usuários, familiares e profissionais.
- b) compreender o grupo, quanto a sua constituição, efeitos e estrutura pela perspectiva dos participantes; e
- c) compreender, a partir da interlocução com os participantes, de que forma se expressa o cuidado no grupo.

3.2. *A influência fenomenológica no caminho da pesquisa*

Realizar uma aproximação com a Fenomenologia implica reconhecê-la como uma tendência de pensamentos complexa que traspassou os domínios da Filosofia e influenciou diversos campos do saber, entre os quais estão a Psicologia e a área da saúde mental.

Edmund Husserl (1889-1938), como seu precursor, promoveu contribuições sobre a construção e a validade do conhecimento produzido. No seu contexto histórico, problematizou sobre um processo de inversão do apreço público sobre a ciência à época centrada na Filosofia Positivista, com destaque para o pensamento de Auguste Comte (1788-1857). A produção de uma ciência de fatos, neutra e objetiva, segundo Husserl (1926-38/2012), excluiu justamente

as questões que para os homens seriam as mais prementes: ‘questões acerca do sentido ou ausência de sentido de toda esta existência humana’ (Husserl, 1926-38/2012, p. 3). As ciências humanas ou as ciências do espírito dispndiam a atenção ao humano, mas na busca por uma cientificidade rigorosa fez com que seu investigador realizasse uma exclusão cuidadosa de posições valorativas, das razões e não razões da humanidade. Como consequência, ocorreu um contínuo esvaziamento do conhecimento que, pautado em fatos e verdades tidas como óbvias, deixa de ser retomado e revisto em sua fonte.

Husserl (1926-38/2012) esclareceu que nem sempre houve esse ímpeto e exigência para uma verdade rigorosamente fundamentada na objetividade e universalidade das ciências positivas. Retoma a origem dessa busca e encontra resposta em um processo de valorização da razão dos fatos que decapitou os pressupostos de uma Filosofia una, a qual englobaria ‘ciências no plural’, com uma metodologia de intelecção apodítica²⁴ mantendo um progresso contínuo e racionalmente ordenado em pesquisas. Segundo o autor, o que ocorreu, entretanto, foi o desenvolvimento das especializações que não mais se reuniam, mas se desalojavam entre si, e tomavam como verdades pensamentos baseados em uma transposição, muitas vezes infundada, da matemática para o mundo da vida e dos homens, em especial, pelos exemplos da geometria aplicada e dos desdobramentos da Física desde Galileu. Nesse processo, questões metafísicas relacionadas à imortalidade, ao problema teleológico, à questão da liberdade deixavam de ser o foco por ultrapassarem o universo dos fatos, ao mesmo tempo, em que crescia a apresentação de resultados práticos e teóricos da ciência positivista que ganharam status de valor e verdade.

Esse processo representou para a Filosofia um problema, dada à crise frente à impossibilidade de construir um pensamento universal sobre o mundo, segundo seu ideal originário. Ao mesmo tempo, apesar de não atingidas diretamente em seus resultados práticos, as ciências especializadas também sofreram um abalo em seu sentido de produção de “verdades”, uma vez que foram fundadas, indiscutivelmente, em uma compreensão racionalista e filosófica (Husserl, 1926-38/2012). Conforme ressaltou Husserl (1926-38/2012, p.9):

O ceticismo em relação à possibilidade de uma metafísica, o desmoronamento da crença numa filosofia universal como condutora, significa precisamente o desmoronamento da crença *na razão*. (Husserl, 1926-38/2012, p.9)

²⁴ Aquilo que é demonstrado e não se pode contestar, que é evidente.

As chamadas ciências dos fatos foram alvo de uma reflexão crítica para Husserl (1913/2006). Esse modelo de ciência, de identificação empirista²⁵, tinha como suposto mérito ter libertado os homens das assombrações filosóficas, pautando-se apenas na efetividade real e experimental. Aquilo que não cabia ao fato efetivo e demonstrável passou a ser considerado como mera imaginação ou construção especulativa. A questão que preocupava Husserl foi à fundamentação desse pensamento, que passou a identificar as ‘coisas’ como ‘coisas naturais’ em uma efetividade natural, destituindo os juízos e as intuições doadoras de sentido. A pergunta de Husserl para o empirismo envolvia a identificação sobre a fonte de validade das suas teses gerais naturalistas, que por sua vez, encontrava resposta em um contra senso, pois o experimentalismo empirista, segundo Husserl (1900/2012a), recorreu à indução e a inferência para a obtenção de proposições gerais. A inferência e a indução, por outro lado, partem de uma transposição de pressupostos ideais para o mundo, a qual não demonstrou clareza de fundamentos. Husserl exemplifica com a atividade dos físicos modernos que, apesar de trabalharem com fórmulas numéricas, destituíram progressivamente seu valor fundamentalmente pensante, pautado em uma idealidade e matematização que dependem, necessariamente, do trabalho reflexivo humano com crítica às obviedades e aos pressupostos dados como certos (Husserl 1926-38/2012).

O oposto para Husserl também foi motivo de questionamento, no sentido daqueles que defendem a existência de um pensar puro inquestionável que rejeita a intuição de coisas dadas como objetos²⁶. Nesse caso, o diálogo de Husserl (1900/2012a) deu-se com os idealistas, partindo de um questionamento sobre o significado de evidência. Para os idealistas a evidência de um conhecimento não chega a estar ligada à relação de intuição para algo que é visto, mas como um *sentimento* de evidência. Essa noção de sentimento arrisca-se a encerrar as análises na interioridade, na mente singular, implicando um Psicologismo, em que a ocorrência válida é a expressão do mundo e do conhecimento mediado, exclusivamente, por nosso aparato reflexivo, único e ideal.

Nesse movimento contestador, Husserl, influenciado por reflexões como de Franz Brentano (1838-1917), seu professor em Viena, passou a nutrir grande interesse pelo novo campo científico da Psicologia e dos atos psíquicos. Brentano abriu caminho para a investigação das características específicas do psíquico, em contraste com a visão física que

²⁵ Identificação empirista mediada pela figura central de David Hume (1711-1776) que destacou como fonte segura da construção do conhecimento o que é percebido factualmente, atribuindo ao mundo natural a fonte segura do conhecimento.

²⁶ O pensamento idealista filosófico dialogou com essa pressuposição, inicialmente fomentada por René Descartes (1596-1650).

cindia aparatos internos e externos (Husserl, 1926-38/2012). Naquela época, a Psicologia firmava-se como uma ciência pelos moldes psicofísicos e factuais (Bello, 2006).

Frente a esse contexto, Husserl (1913/2006) propõe o pensar fenomenológico o qual resgata, em alguma medida, a busca pela construção de um conhecimento que reconheça as suas dimensões fundantes e essenciais. Em termos gerais, a dificuldade filosófica que afetou todos os campos do saber, imbuídos de centrar a origem do conhecimento em polaridades ideais ou factuais, promoveu um enfraquecimento analítico, cindindo forças e os ideais de universalidade. Husserl, na busca por uma nova maneira de construir o saber filosófico, afirmou ser necessário o retorno às “coisas” mesmas, ao fundamento, aos princípios, ao que é tido como óbvio, no processo de construção do conhecimento sobre o mundo, valorizando a nossa capacidade de intuir algo que está no mundo (Husserl, 1900/2012a)

Para tanto, a partir de um processo de construção lógica e na busca por ressaltar a intuição doadora de sentido, aponta que a consciência somente é possível quando em relação a algo. Husserl (1913/2006) consolida em meio às questões originais, a consciência intuitiva ou intencional, em que toda consciência só é, por ser consciência de algo. Tal pressuposto ampara a busca por uma ciência de essências, de fundamentos claros, cuja apreensão envolve um ato multiforme, um ato doador. O objeto deixa de ser compreendido como um objeto do fato, para existir como um objeto intencional, tal qual se manifesta a uma pessoa, segundo seus distintos modos de doação. Para alcançar essa proposição, Husserl (1913/2006) indica a necessidade de colocar os modelos pré-concebidos fora do circuito; em outras palavras, Husserl, constitui um *método de parentetização*:

Colocamos fora de ação a tese geral inerente à essência da orientação natural, colocamos entre parênteses tudo o que é por ela abrangido no aspecto ôntico: isto é, todo este mundo natural que está constantemente “para nós aí”, “a nosso dispor” [...]. Se assim processo, como é de minha plena liberdade, então não *nego* este “mundo”, como se fosse sofista, *não duvido de sua existência*, como se fosse cético, mas efetuo a *epoché*²⁷ fenomenológica.[...]. Não se deve confundir a *epoché* em questão com aquela exigida pelo positivismo. Não se trata agora de tirar todos os preconceitos que turvam a pura objetividade da investigação, não se trata da constituição de uma ciência “livre de teoria”, “livre da metafísica.[...] Aquilo que exigimos está em outro plano. (Husserl, 1913/2006, p 81).

O plano disposto por Husserl (1913/2006) propõe que todas as ciências e teorias produzidas sobre o mundo devam ser colocadas em suspensão, sem nenhum exame, mas também sem contestação, para que algo apareça. Implica restituir o mundo do *eidós*, o mundo em uma esfera essencial: ao suspendermos todo o fato, o que permanece? Em termos gerais, o

²⁷ O termo *epoché*, *suspensão do juízo*, foi usado como um princípio ético a ser praticado como "hábito virtuoso", conforme propunha o ceticismo pirrônico no período Helênico na Grécia Antiga (Tourinho, 2013), ganhando uma ressignificação em Husserl em termos metodológicos.

intuito é adotar uma postura indicada como redução fenomenológica, abstendo-nos de realizar considerações sobre a existência ou não existência das coisas, para prestar atenção ao como às coisas são intuídas. A redução fenomenológica propõe, segundo Husserl (1907/1958), o entendimento da ciência como fenômeno e não como verdades vigentes que possam ser empregadas como hipóteses iniciais ou premissas, em sentido oposto à ideia de uma funcionalidade científica. Não se trata também de uma neutralidade, uma vez que a realidade das coisas que experienciamos não é negada, mas da busca de uma apreensão processual do que se propõe olhar para surpreender-se com o que dali emerge, elencando o que permanece à essência última do fenômeno.

Colocar a natureza, a matemática, a lógica em suspensão, promoveu um segundo movimento de reconhecimento transcendental²⁸ dos puros eventos de consciência intencional em que Husserl (1913/2006) estabeleceu uma longa reflexão sobre o eu essencial e seus atos transcendentais. Nesse aspecto, Husserl (1900/2012a) conceituou atos hiléticos (noema), relativos aos objetos das intencionalidades, que podem ser um objeto material, uma imagem, uma pessoa; e os atos noéticos (noesis), referenciando a forma como intencionamos o mundo, a saber: as percepções, recordações, movimentos de compreensão e imaginação desses objetos (Sokolowski, 2012; Bello, 2006). Cria-se, a partir da dimensão transcendental, uma atitude crítica ao Psicologismo que compreendia os atos noéticos como atividades empíricas da nossa psique, reduzindo a análise do eu a experimentações psicofísicas. Em oposição, o eu transcendental compõe as muitas dimensões do humano que vão além do empírico com respaldo no domínio da razão, o que para Husserl indicava a possibilidade de significação, o juízo e a capacidade que os humanos possuem de serem agentes de verificação (Goto, 2008).

A redução fenomenológica colocou como tarefa uma análise da consciência que deve ser exercida, especialmente, por meio de uma “análise descritiva que investiga todo o campo da consciência transcendental pura na intuição pura” (Husserl, 1913/2006, p. 135). Em outras palavras, o objeto é inconcebível sem ser pensado como um *cogitatum* que demanda, pois, uma doação de sentido o qual só pode ocorrer através dos atos intencionais da consciência, isto é, as unidades de sentido, pressupõem uma consciência doadora de sentido (Tourinho, 2013).

As ideias acerca da intencionalidade ganharam aprimoramentos em Husserl ao longo de toda sua obra. Castro & Gomes (2011) e Goto (2008) realizaram o esforço de sistematizar

²⁸ A palavra transcendental significa “ir além”, “elevar-se sobre”. Segundo Tourinho (2013) em uma reflexão sobre o conceito de consciência em Husserl, o ser transcendental significa ter o entendimento de um mundo exterior que transcende a consciência, mundo para o qual nos encontramos naturalmente orientados e sobre o qual a *epoché* será exercida.

alguns dos marcos no processo de desenvolvimento desse tema e apontam alguns destaques. O primeiro envolve a consolidação da crítica fenomenológica às ciências dos fatos, demarcando a importância da análise descritiva que conduziria a uma ciência com ênfase nos aspectos fundantes da consciência intencional, por meio da redução às essências (Husserl, 1900/2012a; Husserl, 1913/2006). O segundo momento inverteu a ordem e a Fenomenologia ficou referenciada como um estudo da base ou uma filosofia rigorosa que, como consequência de sua aplicação, tornaria possível uma reforma metodológica em outras ciências por meio da radicalização da *epoché*; tal mobilização aproxima a Fenomenologia do termo transcendental (Husserl, 1913/2006). Nesse momento, Husserl desenvolve seu projeto transcendental, enfatizando as categorias transcendentais puras e a maneira como o eu transcendental adquire a capacidade de constituir-se nas significações. Um terceiro aspecto fundamental desenvolvido demarcou, por sua vez, a relação intencional do eu transcendental com o mundo da vida (*Lebenswelt*) (Husserl, 1926-38/2012).

Husserl (1926-38/2012) trata, nesse último aspecto, da importância em resgatar o mundo da vida (*Lebenswelt*) por considerar que não havia sido compreendido em profundidade ao destacar a noção de intencionalidade. Husserl, na busca por evidenciar as estruturas eidéticas nas considerações em torno da consciência pura transcendental, foi criticado por incorrer em Idealismo, apesar de defender o contrário, em uma tentativa de diferenciar sua proposta. (Husserl, 1913/2006). Esclarece, pois, em que aspecto compreende as unidades de sentido propostas pela Fenomenologia:

Unidades de sentido pressupõem (volta a frisar: *não porque o deduzimos de postulados metafísicos*, mas porque podemos atestá-lo em procedimentos intuitivos) consciência doadora de sentido [...] não se faz uma “reviravolta” na interpretação da efetividade real, nem se chegou a negá-la, mas se afastou de uma interpretação absurda, que contradiz o sentido, que lhe é próprio” (Husserl, 1913/2006, p. 129)

A intenção em discutir o mundo da vida apareceu também pela via da redução. Da mesma forma que a subjetividade foi reconhecida em suas estruturas originárias, o mundo intencionado pela consciência poderia igualmente ser alcançado pelo retorno ao seu caráter antepredicativo. O resgate ao mundo da vida como correlato à subjetividade transcendental revitaliza a *intencionalidade* como fundante da Fenomenologia. Porém, o falecimento de Husserl impediu um desenvolvimento mais coeso dessas conjecturas finais sobre o tema (Goto, 2008).

Ainda assim, foi possível compreender alguns aspectos relevantes do mundo da vida (*Lebenswelt*) que traz a experiência intencional em relação ao mundo como fundamento analítico imprescindível à análise fenomenológica. As construções husserlianas acerca do

mundo da vida colaboraram, decisivamente, na integração espaço-temporal da humanidade como uma unidade intencional (Husserl, 1926-38/2012). O mundo vivido destacou o reconhecimento de uma intersubjetividade e de uma historicidade ligadas às diferentes gerações, aquilo que Husserl chamou de uma análise da generatividade:

Sou faticamente, numa presença co-humana e num horizonte humano aberto de humanidade; sei a mim mesmo faticamente num contexto generativo, numa corrente de unidade, de uma historicidade, na qual este presente é, da humanidade e do mundo que lhe é consciente, o presente histórico de um passado histórico de um futuro histórico. Posso, sem dúvida, ficcionar e livremente transfigurar a “consciência do mundo”, mas esta forma da generatividade e da historicidade é inabalável, bem como a forma, que me pertence como eu-singular, do meu presente original da percepção, como de um presente recordado e de um futuro previsível (Husserl 1926-38/ 2012, p. 204).

De outra maneira, o transcendente não está desligado do mundo e nem o mundo do transcendente, não sendo, pois, o foco analítico traçar as instâncias essenciais entre o que há no interior e no exterior. Por meio desse destaque, sugere a união primordial, pré-reflexiva, entre sujeito e mundo, de modo que a tessitura do sujeito é também tessitura do mundo (Castro & Gomes, 2011).

A presença co-humana destacada em relação ao mundo da vida, indica que “cada um de nós temos um mundo da vida, visado como o mundo de todos” (Husserl, 1926-38/2012, p.206). Essa constatação aponta para o conceito de intropatia, também compreendido como empatia²⁹, no sentido que compartilhamos um horizonte de uma cossubjetividade, aberto por meio do trato direto ou indireto com o outro, onde o outro já está de antemão intencionalmente implicado (Husserl, 1926-38/2012). Dessa maneira, a vivência da intropatia, como referia Husserl (1926-38/2012), é a forma originária de abertura ao outro e também ao mundo em sua historicidade abrindo um entendimento constitutivo sobre a intersubjetividade transcendental.

Desse modo, o reconhecimento de um dado “objeto” de estudo requer a compreensão generativa e temporal de seus interlocutores; em outras palavras, partimos da premissa intersubjetiva transcendental de cada partícipe para elencar significados que integram um dado contexto compartilhado. Há o interesse em analisar um corpus constituído pela dimensão intencional entre consciência e mundo que perpassa também as estruturas históricas e interpessoais por carregarem sentido para uma compreensão eidética (Goto, 2008).

Conforme aponta Sokolowski (2012), temos a percepção de dois mundos, um

²⁹ Nesse amplo projeto compreensivo sobre o tema, Edith Stein desenvolve uma antropologia filosófica que toca, a partir das perguntas intencionadas sobre o homem em Husserl, a vivência empática. Antes mesmo de Husserl explorar o tema, Stein em sua tese de doutoramento já indicava a questão da empatia como fundamento da Pessoa humana (Stein, 1998/1917).

explicado pela ciência dita real e verdadeiramente objetiva, e outro no qual vivemos; este último geralmente é pensado como um mero fenômeno subjetivo, utilizado como ponto de partida do mundo científico. Revisitando essa lógica, a Fenomenologia passa a destacar que as ciências estão ‘aninhadas’ ao mundo da vida e não entram em competição com ele. As ciências constituem, apenas, um modo de olhar e, portanto, não podem substituir o mundo vivido por uma visão de mundo projetada e reificada. Conforme interpreta Sokolowski (2012), a Fenomenologia colabora com o exame da limitação das verdades, por também se deter aos outros lados que tendem a manter as coisas distantes de serem compreendidas. Ela auxilia a identificar os erros e a vaguidade que acompanha a suposta evidência e a sedimentação do saber, o que “torna necessário para nós recordamos sempre de novo as coisas que já sabemos” (Sokolowski, 2012, p.197)

Husserl discorre com profundidade o problema que observa na cisão historicamente realizada entre os campos do saber e aponta, de antemão, o impasse paradoxal entre mundo de verdades objetivas e o mundo vivido, propondo a necessidade de enfrentamento dessa questão como um tema que obscurece os propósitos e fundamentos com os quais partimos para definirmos a nós mesmos, nossos comportamentos e conceitos mundanos (Husserl, 1926-38/2012, p. 107):

O contraste e unicidade incindível envolvem-nos numa reflexão que nos embaraça em dificuldades sempre mais penosas. A paradoxal referência mútua entre o “mundo objetivamente verdadeiro” e o “mundo da vida” torna enigmático o modo de ser de ambos. O mundo verdadeiro em qualquer sentido, inclusive também nosso próprio ser, no seu sentido, se torna assim um enigma. Nas tentativas de chegar à claridade e perante os paradoxos que emergem, apercebemo-nos subitamente da falta de fundamento de todo nosso filosofar até aqui (1926-38/2012, p. 107).

As últimas conjecturas de Husserl redimensionam o lugar do mundo de verdades lógico-objetivas e resgatam a reciprocidade intrínseca entre o homem e o mundo da vida e a importância em estabelecer uma *epoché* dessa relação em movimento. Por consequência dessa dimensão, aparece uma possibilidade dialógica da Fenomenologia com estudos empíricos, uma inspiração analítica que compreende o fundamento intencional e descritivo proposto em Husserl. O autor (1926-38/2012) contribui com a problematização do método científico objetivo que tendeu a separar experiência “interna” da experiência “externa”, em que a ciência da natureza deve sustentar seu “objeto” na experimentação exterior e a Psicologia na experimentação interior pelo mesmo método científico. A compreensão de uma intencionalidade implica considerar outro olhar sobre essa a experiência; como experiência originária do mundo, a simples experiência em que o mundo da vida é dado, um mundo que

pré-cientificamente existe em nós como mundo, puramente a partir do que “aparece”. Tendo essa clareza, Husserl (1926-38/2012) ressignifica o sentido de *empíria*, por meio da ressignificação do sentido de “experiência”, no retorno às coisas mesmas, experiência como uma vivência não ultrapassável, portanto, sem partir do pressuposto de “experiência” com o sentido de experimentação dualista, mas restituindo seu caráter de uma abstração última.

Por meio de uma ressignificação de empiria e da correlação entre consciência pura e mundo da vida, desde a década de cinquenta, o método fenomenológico, inserido historicamente no campo filosófico, começa a inspirar a análise de pesquisas empíricas. A inserção na Psicologia, especificamente, vem sendo observada nas últimas décadas, ante o movimento que visou estabelecer uma ciência humana pautada na compreensão da experiência vivida, demandando, para isso, reformas metodológicas, dentre as quais se destacaram a influência da *epoché* e da Fenomenologia à pesquisa (Castro & Gomes, 2011; Giorgi, 1978). O próprio Husserl dedica-se a uma revisão profunda da então ciência Psicologia que, para ele, concebia um potencial de Psicologia transcendental de significativa relevância para revisão de todo conhecimento subjetivo, mas que para tal deveria passar por uma *epoché* universal que garantiria seu rigor (Husserl, 1926-38/2012), constituindo-se como Psicologia Fenomenológica.

Porém, conforme ressalta Goto (2008), o problema da inspiração fenomenológica na Psicologia foi de que ocorreu um movimento de uso do método sem a devida compreensão epistemológica mais ampla. A crítica sobre a relação científica e dicotômica empreendida por Husserl (1900/2012a) permaneceu no campo filosófico e pouco influenciou a aplicabilidade do empirismo factual. Nesse contexto, os métodos de pretensa universalidade e produtividade quanto à objetividade se multiplicaram, em contrapartida à compreensão da correlata subjetividade.

O esforço em aprofundar o olhar sobre a dimensão subjetiva na pesquisa ganhou status de urgência pela Fenomenologia, conforme a compreensão que aqui esboçamos. A noção de um rigor envolve o reconhecimento de que Husserl (1926-38/2012) não esboçou suas ideias no nível de uma pesquisa empírica e que nós, pesquisadores pautados nesse campo do conhecimento, realizamos uma inspiração de preceitos para a construção de um caminho metodológico. Esse caminho envolve situar a busca por uma *epoché* “de partida”, ou seja, apesar da constituição de um contexto teórico e político, a pesquisa em si procura a suspensão de teorias prévias, assim como no processo de construção de um corpus dada à noção compreensiva, e busca também o entendimento de que qualquer instrumento de pesquisa a ser utilizado perpassa por uma compreensão intencional e eidética.

O Grupo Comunitário de Saúde Mental, por sua vez, será analisado como experiência que remonta à intencionalidade. A base analítica fenomenológica destacará o encontro com a experiência dos participantes e com o grupo, compondo uma coexperiência que envolve a teia integrada participante-grupo-pesquisador.

A análise do estudo, por sua vez, pautou-se pela influência Filosófica de Husserl e, em especial, destaca a relação intencional entre consciência e mundo vivido, na busca por realizar uma descrição e partir para uma análise compreensiva. A singularidade da inspiração do método fenomenológico reside na busca pelo sentido da vivência baseada na descrição com fundamento intencional. Como exposto por Husserl (1926-38/2012) não podemos encontrar uma dissociação transcendental ou mundana na medida em que, ao dar foco na experiência vivida, estamos intencionalmente ligados à consciência.

É, portanto, pelo caminho da intencionalidade que pautamos a inspiração de sistematizar essa pesquisa fenomenológica em Psicologia, sem encerrar a possibilidade em uma prescrição dogmática, mas dirigida em seus pressupostos epistemológicos no enfrentamento de um fazer metodológico atento à intersubjetividade.

3.3. Considerações éticas

Nosso estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP (FFCLRP/USP), para apreciação segundo a Resolução 196/96 e 466/12 (Brasil, 1996; Brasil, 2012a), com aprovação datada em 28 de fevereiro de 2013. Os participantes foram informados e esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e de suas implicações, do caráter voluntário em participar da pesquisa, do respeito ao sigilo e da ausência de danos e riscos em sua colaboração. Além disso, foram comunicados da possibilidade de interromper a sua participação, a qualquer momento, caso desejassem, e da autonomia em não responderem temas que abordassem assuntos considerados indesejáveis para si. Os participantes envolvidos leram, juntamente com a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de o assinarem, garantindo a integridade da pessoa e da compreensão no processo da pesquisa.

3.4. Construção do corpus

O corpus foi delimitado através da utilização de dois procedimentos, a saber:

a) *Entrevistas abertas em profundidade*: foram realizadas entrevistas abertas e transcritas, referenciadas por Minayo, (2004) como “conversas com finalidade”, que tiveram como mote a perspectiva das pessoas que compõem o contexto a partir da questão norteadora:

“Conte sobre a sua vivência no Grupo Comunitário”.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes receberam esclarecimentos acerca da proposta de trabalho e de seus objetivos gerais, bem como do caráter voluntário, consentido e sigiloso da participação na pesquisa. Ademais, garantiu-se a eles que o consentimento em participar da entrevista não interferiria na participação no GCSM e todos foram informados de que, havendo interesse, poderia ser agendada uma conversa para a exposição dos resultados finais da pesquisa, após a conclusão do estudo.

O convite aos participantes foi feito individualmente, considerando os critérios de inclusão na pesquisa. Após a apresentação inicial e com a anuência para a participação, houve o agendamento da entrevista, oportunidade em que se procedeu à assinatura e entrega do termo de consentimento informado. As entrevistas foram realizadas individualmente, em dias e locais previamente agendados, e de comum acordo, com os participantes. As entrevistas perfazem um total de *13h 28 min e 52 segundos* de gravação, com duração média de cerca de *1h 30 min cada*.

Destacamos a entrevista como um momento de dimensão vivencial de escuta suspensiva que está pautado no conceito de intropatia (Husserl, 1926-38/2012). Partimos de um tema, mas o aprofundamento é a premissa para que se dê a dimensão vivencial a qual concebe um vazio compreensivo a ser preenchido ao longo da formação de um vínculo intersubjetivo. A compreensão da experiência vivida do outro, ocorre com a ligação correlata eu-mundo-outro especificada na entrevista pela condição inter-humana (Barreira & Raniere, 2013).

b) *Observação participante*: consiste na inserção do pesquisador no interior do contexto observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, na busca por compartilhar o seu cotidiano e estar significativamente presente nas diversas situações (Malinowski, 1975). Dessa forma, mantive-me presente durante dois anos e seis meses nos encontros semanais do GCSM, compartilhando e participando do grupo com o objetivo de compreender como ocorria a vivência no grupo, como as pessoas faziam uso dele, como se sensibilizavam, quais os motivadores, como o espaço se mantinha, quais contornos compunham o ambiente. Além disso, a observação participante, inevitavelmente permitiu que eu também como pesquisadora-participante fizesse uso dessa coletividade em um movimento intencional de vividos compartilhados numa generatividade; assim, pude conhecer, manter a proximidade com novas pessoas e experiências coletivas, em uma perspectiva que se desvincula do naturalismo dos fatos pautada na etnográfica fenomenológica (Katz & Csordas,

2003; Kusenback, 2003). As impressões, mediadas por um contínuo movimento reflexivo e suspensivo, foram registradas no caderno de campo.

O caderno de campo decorrente da observação participante foi usado como instrumento relevante em toda a pesquisa, contendo informações literais, textos escritos ao longo das experiências, descrição de sentimentos e impressões sobre os momentos vividos durante a participação nos grupos, na realização das entrevistas, com a finalidade de complementar e enriquecer o processo de análise do corpus e proporcionar um acesso intersubjetivo ao vivido. As informações irão abranger, ainda, percepções acerca do fenômeno e ambiente grupal, bem como da receptividade e disposição das pessoas nesse contexto. Os registros fundamentaram o último tópico da análise descritiva, no qual incluiu os registros numa tentativa de compor o processo na dimensão pessoa-pesquisadora-participante-grupo.

3.5. Participantes

Foram convidados a participar desse estudo pessoas que frequentam o GCSM no contexto apresentado, tendo em vista os critérios de inclusão expostos abaixo:

1) Contar com mais de 18 anos de idade; 2) concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) tratando-se de um grupo aberto, foram contatados participantes que frequentaram, no mínimo, seis encontros em um intervalo de 12 meses.

Houve a realização de nove entrevistas abertas, com três usuários, três familiares e três profissionais que contemplavam os critérios de participação, conforme segue a apresentação no quadro a seguir, sendo que a divisão entre esses diferentes segmentos buscou dar visibilidade a diversidade do GCSM:

<i>Participação</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de Duração</i>
Profissional 1 - José ³⁰ Médico 3º ano Psiquiatria	Masculino	Superior Completo	30 anos	1h 31 min 50 seg
Profissional 2 - Antônio Médico 1º ano Psiquiatria	Masculino	Superior Completo	29 anos	1h 29 min 10 seg
Profissional 3 - Davi Médico 2º ano Psiquiatria	Masculino	Superior Completo	29 anos	1h 03min 20s

³⁰ Todos os nomes referenciados na Tabela 1 são fictícios.

Usuário 1 - Cássia (ex usuária HD)	Feminino	Ensino Fundamental	53 anos	1h 48 min 11seg
Usuária 2 - Ana (usuária HD)	Feminino	Superior Incompleto	40 anos	1h 16 min 31 seg
Usuário 3 - Severino (usuário HD):	Masculino	Ensino Médio incompleto	18 anos	1h 29 min 07 seg
Familiar - Márcia (ex-usuário HD)	Feminino	Superior Completo	64 anos	1h 53 min 08 seg
Familiar 2 Fábيا (usuário HD)	Feminino	Ensino fundamental	39 anos	1h 20 min 52 seg
Familiar 3 Joana (usuário HD)	Feminino	Ensino Básico	54 anos	1h 06 min 56 seg

Quadro 1: Caracterização dos entrevistados em termos de sexo, nível de escolaridade e duração da entrevista:

As entrevistas foram realizadas em locais seguros, de caráter intimista (salas de atendimento clínico individual do Hospital Dia), com a minha presença como pesquisadora e com o participante da pesquisa. O número de participantes foi dimensionado levando em consideração a média de composição do GCSM. Trata-se de um grupo aberto e heterogêneo, razão pela qual houve a necessidade de atentar para as condições mínimas de participação (critérios de inclusão), além do engajamento no trabalho e da diversidade de participantes no grupo, configurando a divisão das entrevistas entre usuários, familiares e profissionais.

Dessa forma, o recorte das participações esteve em consonância com os critérios de inclusão e com o cronograma que previa a construção das entrevistas, após seis meses de observação participante. Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas ao longo de seis meses (primeiro semestre de 2013) e que nesse período, o contato centralizou-se em profissionais médicos que contemplaram o critério de inclusão para o estudo (participantes de seis encontros ou mais encontros, ao longo de 12 meses), além disso, o acesso aos profissionais médicos foi favorecido pela observação participante, uma vez que pude conduzir uma reunião sobre o GCSM ao longo da pesquisa com a presença predominante desses profissionais. Tal aspecto será detalhado no próximo capítulo.

3.6. Análise do corpus

Seguindo os pressupostos sobre a epistemologia fenomenológica, o estudo analítico pautou-se numa *empíria* revista nos moldes de Husserl (1926-38/2012), que contemplou um movimento suspensivo da experiência vivida.

Nessa mediação, realizamos o exercício de uma análise descritiva seguida do reconhecimento transcendental sobre os atos de consciência que constituem o objeto

intencionado. O dativo de uma correlação entre consciência e mundo inspira o entendimento de que as facetas fenomenais apresentadas pela vivência na entrevista e na observação participante permitem uma apreensão intersubjetiva de sentidos sobre o nosso objeto intencionado, o GCSM. A seguir serão descritos os passos da análise:

a) Análise prévia: transcrição, aproximação e correções das entrevistas realizadas, com respaldo da atenção suspensiva.

b) Análise contemplativa: leitura atenta das transcrições das entrevistas e dos registros do caderno de campo, visando a uma aproximação com as experiências dos participantes, sem buscar a inclusão de um sentido interpretativo às experiências.

c) Análise descritiva: apresentação descritiva das entrevistas com cada participante. Momento de contato com a descrição sintética das vivências, com a finalidade precípua de dar visibilidade ao fenômeno vivido acerca do GCSM. Apresentamos, para tanto, o quadro que organiza os elementos textuais da descrição dos trechos:

Recurso Gráfico	Elemento correspondente
Negrito	Palavra dita com ênfase pelo participante
<i><u>Itálico sublinhado</u></i>	<i><u>Explicação do pesquisador sobre contexto ou para indicar supressão de nomes e instituições.</u></i>
<i>Itálico</i>	<i>Gestos ou ações individuais</i>
...	Pausa no relato
[...]	Recorte ou sentido de continuidade do discurso, feita pelo pesquisador.

Quadro 2: Recursos gráficos utilizados na transcrição das entrevistas e seus significados

d) Análise compreensiva: o corpus da pesquisa foi analisado por meio da construção de unidades de sentidos analíticos, com o intuito de construir um caminho de significação e compreensão do GCSM. Nesse momento, o pesquisador que até então se pautava na suspensão sobre o fenômeno GCSM, abandona, momentaneamente, o parêntese da redução fenomenológica para retomar possibilidades analíticas intencionalmente construídas e em diálogos com pressuposições teóricas, com o intuito de relacioná-las ao sentido atribuído ao grupo pelos participantes, concluindo algumas das proposições sobre o tema do estudo.

Não se trata de realizar uma objetivação da subjetividade, e nem de finalizar o estudo com a singularidade dos informes em cada sujeito, mas de realizar a busca pelos traços determinantes e passar da singularidade a um exercício de generalidade da experiência em tema (Barreira & Raniere, 2013).

3.7. Contexto do estudo

O GCSM ocorre semanalmente, no Hospital Dia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, mas vivencia um processo de expansão para outros serviços de atendimento em saúde na cidade de Ribeirão Preto e em duas cidades do interior. Destacaremos como foco desta pesquisa o contexto do Hospital Dia (HD), que se constitui como uma modalidade de atendimento em saúde mental, no formato de hospitalização parcial, conforme detalhado no capítulo um (Lima & Botega, 2001).

Quanto às participações, há a presença semanal de aproximadamente vinte cinco pessoas, dentre as quais se encontram os usuários do Hospital Dia, internos ou que já receberam alta, alguns profissionais da equipe fixa e equipe móvel da instituição, familiares dos usuários e pessoas da comunidade, como por exemplo, estudantes e profissionais da Universidade de São Paulo vinculados a outros setores.

4. A ANÁLISE FENOMENOLÓGICA E AS EXPERIÊNCIAS

O processo de análise fenomenológica em nosso estudo foi inspirado pelas contribuições de Husserl sobre a construção do conhecimento no que se refere à redução eidética e transcendental, em uma transposição ao contexto empírico que tem sido possibilitada pela análise das vivências (Husserl, 1913/2006; Barreira & Ranieri, 2013). Compreender o GCSM, segundo a vivência dos participantes, envolveu o reconhecimento da entrevista e da observação participante como encontro com a experiência do grupo, intermediada, ao mesmo tempo, pela experiência vivida no encontro entre participante e a pesquisadora.

Tendo em vista o reconhecimento intersubjetivo na produção do conhecimento dessa pesquisa, a presente análise será dividida em dois momentos.

Inicialmente, serão apresentadas por meio da “Análise descritiva” as descrições sintéticas das nove entrevistas realizadas com a intenção de apresentar a experiência de cada um dos protagonistas, as suas singularidades e como cada participante percebeu a experiência do GCSM, sem destacar as repetições, respeitando a ordem cronológica das exposições, de forma que o leitor tome contato com o significado atribuído pela pessoa em interação com o contexto. Além das nove entrevistas em profundidade, o último tópico da análise descritiva contemplará minha descrição como pesquisadora desses dois anos e seis meses vividos no contexto da pesquisa, na intenção de aproximar o leitor da experiência do pesquisador com o GCSM e seu contexto.

Na segunda etapa, com base em uma análise compreensiva, com fundamentação fenomenológica, estabeleceremos alguns dos significados que podem ser destacados da experiência dos participantes no GCSM, os quais foram mediados pelas entrevistas e também pela observação participante. Dessa forma, a análise buscará uma integração das experiências dos participantes no GCSM, na diversidade de sua composição associando as problematizações teóricas sobre o trabalho em grupo na saúde mental.

4.1. *Análise descritiva: descrição em síntese das experiências compartilhadas*

4.1.1 José

Médico no terceiro ano de residência em Psiquiatria.

Escolaridade: Superior Completo

Idade: 30 anos.

Religião: Católica

Inicialmente, José relembra seu contato com a prática em saúde mental, associando o tema à relação com a Psiquiatria desde a época da graduação.

[...] quando eu fiz a disciplina Psiquiatria, a parte teórica, eu gostei muito, achei muito interessante, mas a parte prática espanta o aluno de medicina que se forma lá em (*cita o nome da cidade de origem*) na Psiquiatria, porque lá é no Hospital Psiquiátrico, Manicomio, sabe, hospital daqueles bem antigos, e a estrutura é **ridícula**, medieval, assim... tem professores bons, psiquiatras bons, mas a estrutura física, enfim, a maneira como o Hospital é tocado, sabe, ah... o que existe lá, para o paciente é medieval, então ninguém quer fazer psiquiatria.

José continua o relato na busca por dar sentido à escolha pela Psiquiatria. Nesse processo, reconheceu não ter encontrado incentivo significativo para trabalhar no campo da saúde mental onde se formou, pontuando outras motivações para sua escolha.

Eu tava em uma entrevista agora para o R4 (*4º ano de Residência em Psiquiatria*) e todo mundo tinha uma coisa assim de falá: “ah eu to aqui na Psiquiatria (*diz o nome da sub especialidade em Psiquiatria*), porque minha irmã tem, tem autismo”, e a outra fala: “ah eu descobri, já, agora na medicina que tenho TDAH (*Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade*) e isso me prejudicou muito, então por isso eu me interessei pela Psiquiatria (*diz o nome da sub especialidade em Psiquiatria*)”, sabe?... Então... todo mundo tinha alguma coisa. Eu não tinha uma coisa pessoal que me atraía, né, para Psiquiatria. Eu não... Não tenho... Até tenho... Sim, mas não foi o interesse em entender, ou ajudar pessoas próximas de mim... que me atraíram nisso... Eu sempre me interessei muito por... pelas coisas da mente humana, entender como as pessoas pensam, como que elas sentem. [...] Nesses anos de Psiquiatria eu já elaborei várias hipóteses para tentar explicar esse interesse, sabe? Eu sou uma pessoa que tenho dificuldade pra... pra perceber certas coisas... que eu mesmo to sentindo, sabe? Às vezes eu fico meio dissociado, viu? Cê vê que eu to sempre rindo, eu sempre não sei o quê... Isso não é... não é só em bons momentos, às vezes em momentos ruins eu dou uma dissociada também... Então...

Ao esclarecer o âmbito pessoal de sua história na saúde mental, José passa a discorrer, mais propriamente, sobre sua experiência na residência em Psiquiatria, e retoma os diferentes espaços por onde pôde “descobrir-se” na formação, entre eles destaca o Hospital Dia.

Este lugar aqui, Hospital Dia, foi muito importante pra essas descobertas todas pessoais e... porque foi o lugar que muito me angustiou quando eu cheguei aqui no R1 (*Primeiro ano de Residência em Psiquiatria*). Cheguei no R1 e comecei com estágio na (*nome de outro setor da residência*) que é uma coisa meio médica clássica, né? Checa os exames, você tá de jaleco, olha eletro... paciente tá ali... tá aquela assimetria... cê vê... Chega no Hospital Dia você tem mais contato com os pacientes. Você está sendo... é... seu comportamento e seu desempenho... sua atitude, está sendo vigiada por um monte de gente ao mesmo tempo... da equipe... O Hospital Dia é o primeiro lugar em que a maioria de nós médicos chega na residência... nossos colegas todos na maioria vão falar o que eu falei agora... Com o que eu vou falar agora: Você chega e o primeiro lugar na história em que ele pedem “Tira o jaleco”,

geralmente eles obrigam o jaleco, aqui não... aqui é "tira o jaleco" sabe? Aqui é: "não, vá comer lá com o paciente"... sabe? [...] A gente come junto, bebe o café, almoça, éee... faz grupo junto.

O Hospital Dia aparece como um marco no desenvolvimento dos significados de José sobre a Psiquiatria, especialmente por ter a oportunidade de confrontar uma compreensão de atuação que já estava enraizada na formação médica pautada, por exemplo, no distanciamento hierárquico entre paciente e profissional e representada, entre outros fatores, pelo uso do jaleco. Em sequência, José elucida mais detalhadamente as dificuldades que segundo ele, são potencializadas no HD, somando-se à dimensão do trabalho em equipe e a maneira como o Psiquiatra é preparado e "confrontado" nesse ambiente.

Nos momentos ali...de descontração. A gente é amigo sem papéis profissionais, mas na hora do trabalho...invariavelmente você põe o jaleco. O médico tem aquela: "Ah é o médico, é o chefe da equipe". Aqui não. Aqui eu não sou chefe da equipe né? Aqui o... Aqui é tudo igual... [...] Eu, particularmente, não tenho tanto problema com isto. Mas tem alguns colegas que têm muito problema no Hospital Dia. Tem gente que não dá conta de jeito nenhum... empurra com a barriga isso aqui. Rezando pra acabar logo. Porque não dá conta de ver, por exemplo, vou falar bem prático assim... de ver por exemplo, um técnico de enfermagem numa reunião de equipe, discutindo a medicação ou discutindo... é... fatores terapêuticos da internação de pacientes. Sabe? Tem colegas aqui que não suportam, não dão conta disso. Eu não tenho tanta essa... eu não tenho essa dificuldade. Não me sinto invadido, não vejo minha função invadida. Tranquilo... Agora... é... aqui no Hospital Dia tem uma equipe fixa, ela tá muito acima da equipe móvel, né? Por exemplo, eu vou comparar, por exemplo... A (*nome de outro setor da residência*), na (*repete nome de outro setor da residência*) eu sou residente, né? Mas, mesmo sendo residente a equipe inteira enxerga o residente como um dos chefes da equipe. O seu ambiente, o lugar... por mais que tenha uma equipe fixa que tá lá, que você fica poucas semanas... mas a equipe te trata como pessoa que tá ali pra coordenar, pra chefiar, pra liderar, pra dar ordem, tal...essa postura é muito tranquila, confortável, né?

José distingue a conduta dos profissionais não médicos no HD em relação aos demais serviços, no âmbito da liderança e participação nas discussões e decisões. Revela a dificuldade encontrada pelos médicos residentes, em geral, diante da perda de liderança e de autonomia das suas condutas. Este fator tendeu a gerar incômodo, na visão do residente, pela necessidade de revisão do lugar de poder já costumeiro e confortável para a classe. Aprender novas posições, que não as naturalizadas pela formação, aparece como um desafio. Nesse ambiente, José percebe a existência da assimetria (hierarquia) em outros grupos que coordena, mas que para ele é relativizada no Grupo Comunitário (GCSM).

No grupo (*refere aos outros grupos operativos que coordena*) ainda existe sim a assimetria, mas já tem o Grupo Comunitário que não existe mais, né? [...] No Grupo Comunitário eu não entro com nenhuma preocupação ou responsabilidade terapêutica. Não... a principal diferença vai ser essa. Lá em (*cita o nome de um Grupo que coordenou quando se formou*) eu entrava com a preocupação que eu tava lá pra acrescentar, pra... mas pra acrescentar com a responsabilidade meio médica, responsabilidade terapêutica... tal o médico dificilmente foge dessa... dessa responsabilidade que a gente teve fixa na cabeça, né? De tentar ajudar...

No processo de articulação das atividades terapêuticas destaca que no “grupo”, com referência aos grupos operativos clássicos do HD coordenados pelos residentes, há a presença da assimetria entre usuários e profissionais, porém recorda o GCSM, e delimita sua diferença em relação aos demais grupos que já coordenou, inclusive em outros contextos que não o HD. No GCSM, José aponta não ter a preocupação médica com o andamento do grupo, ainda que reconheça a dificuldade em sair desse “papal” de responsabilizar-se pela atividade. Ao perceber-se distanciado de um convite para significar o grupo pelo profissionalismo, José continua a descrição de alguns aspectos do GCSM os quais julga importante para a sua participação, em um âmbito pessoal.

Do ponto de vista pessoal, acho que o grande ganho é isto, eu parar pra... pra deixar ocorrer alguma coisa. Enfim, parar pra pensar e sentir. Sobre as coisas que aconteceram ou que acontece. Sentir o impacto que isso tem, o que isso teve. Parar um pouco, sair um pouco desse circuito interminável de estar sempre envolvido com alguma coisa, ter um momento pra parar e... perceber alguma coisa que aconteceu que foi relevante, como que isso foi relevante, que sentimento tava gravado nisso, como que isso significa pra mim. Eu não costumo fazer isto espontaneamente. Do ponto de vista pessoal, acho que esse é o grande impacto que teria pra mim. Se por exemplo, eu saio do hospital dia, mas vou continuar vindo nos grupos comunitários, provavelmente seria impressas as duas motivações. Treinar minha... essa dificuldade, driblar essa dificuldade de expor, de me expressar, dissociadamente... E... e principalmente ter um momento assim da semana que eu tenha essa oportunidade de parar e deixar aberto a possibilidade de sentir e pensar sobre as coisas que acontecem comigo, e não deixar as coisas acontecerem e passarem para o superficial.

José indica potenciais para a metodologia do GCSM, que estão relacionados à busca pela observação ao que “acontece”, atentar para o que é significativo sem resvalar para o “superficial”. Em continuidade, essa distinção no nível pessoal colaborou para construir as diferenças entre o GCSM e outros grupos que ocorrem no Hospital Dia, entre eles os grupos ditos operativos.

Como achar a principal diferença do Grupo Comunitário... Primeiro, não tem grupo de doentes mentais pra tratar um problema... uma doença específica. Você não tem... primeiro você não tem uma doença específica pra tratar. Segundo, você não tem só um paciente. Pra tratar a doença. A grande diferença. Acho que é isso. O que se pretende das pessoas que frequentam o Grupo Comunitário? Que elas mudem de vida... aspectos da vida dela [...] E... e... no Grupo Comunitário, isso fica... a gente praticamente exclui a questão de... que sintoma que a pessoa tem. Quê que ela tem de diagnóstico. O tratamento que ela faz. Não interessa. Interessa nem se é doente mental ou se é considerado doente mental. Ou se é uma pessoa considerada mentalmente sã. Mas o que importa é a pessoa estar ali, com a... com a intenção de... de compartilhar alguma coisa com as outras pessoas. E de... e... receber a coisa de outras pessoas também... e... esperamos nós, levar pra sua vida lá fora, estas experiências, pra ver se essas pessoas conseguem mudar alguma coisa que... alguma coisa que ela quer mudar.

A delimitação do GCSM está associada, para José, à noção da presença humana no grupo e do compartilhar e receber algo relacionado “à vida”, não se trata de dar foco à “doença” ou delimitar se as pessoas presentes vivenciam algum transtorno mental. Acerca do significado de grupalidade, José expõe que a participação no grupo envolve um sentido de mudança, uma mudança que é desejada, traduzindo uma funcionalidade pela via da promoção de “mudança”. Na sequência, o profissional traz sua visão a respeito da obrigatoriedade ou não da participação no GCSM, formatado como um grupo aberto.

Se a pessoa veio aqui, acredita-se que a pessoa tá com alguma coisa, ela tem uma questão pessoal... alguma coisa que ela quer mudar. De fato, o grupo comunitário era pra ser espontâneo. Só que a gente obriga os pacientes, né? Não sei se a gente obriga... Não sei como que é a regra exatamente, né? Não sei se é falado. Mas eu acho que eles se sentem obrigados, pelo menos, né? Como as outras atividades são obrigatórias, acho que eles acabam concluindo que esta também é... Não sei se é. Mas é uma boa pergunta. Eu acho que... (*silêncio*). Dos residentes, o (*médico professor*) deixou claro que não é obrigatório. Mas a gente também se sente na obrigação, né? Você vê que tem residente que não gosta... Mas frequentam, né? Porque eles acham que se não frequentar, podem ser mal vistos...

Na visão de José as ponderações sobre a obrigatoriedade de participar do GCSM demarcam um dos dilemas presentes nessa forma de trabalho. A expressão “sentir-se obrigado” a estar no grupo tanto para pacientes quanto para os residentes, envolve um decréscimo no potencial do grupo, atribuído pela perda da “espontaneidade”. O tema da obrigatoriedade aparece como algo a ser mais bem elucidado para José. Outra dificuldade pontuada, em sequência, reside na associação simétrica e horizontal entre usuários e profissionais, em especial, pela visão que traz do “paciente” quando se coloca na posição de “semelhante”.

Acho que é difícil pra ele...é...ele ficar no papel de semelhante aos outros. Acho que ele sente um pouco...”ah eu sou o paciente.” Os outros não. Tão aqui porque quer... são as pessoas que já estão lá fora. Acho que tem uma coisa meio... de se sentirem...se sentirem expostos de certa forma. “Ah eu sou o doente mental daqui”, né? Eu falei... eu tinha falado... já me senti invadido... invadi o espaço deles. Mas eu pensei, deve ter isso também, de se sentir expostos como paciente, como pessoa em crise, né?

A perspectiva de José sobre os pacientes no grupo traduz a estranheza diante do colocar-se junto. Reconhece que pessoalmente, tenha se sentido “invadido” em alguns momentos e imagina que isso possa ter ocorrido em contrapartida, sendo uma sensação potencializada no GCSM para os pacientes, uma vez que para ele, os pacientes estão expostos, e vê os outros participantes como os que estão “fora” daquele contexto. Delimita segundo esses questionamentos, que sua participação está associada de forma decisiva ao fato de estar na residência e de ter um “papel” a ser cumprido no HD, ainda que possa, em alguns

momentos, suspender esse lugar de “trabalho” e tirar algum proveito pessoal.

Porque o que me faz entrar no Grupo, é o meu papel aqui no Hospital Dia, né? Então não é uma coisa assim... “há eu venho pro grupo”. Por exemplo. Como eu te falei. Se ano que vem eu tiver que vir para o grupo, vai ser por uma demanda minha. Que demanda me traz pro grupo? Esse espaço de pensar sobre mim mesmo. Sobre as coisas que me acontecem. E de... de desafiar essa minha dificuldade de me expressar, de expor... Eu acabo fazendo isso nos grupos atuais. Eu já não entro por isso, né? Eu entro porque é minha função, de tá no grupo, né? Que é o meu papel. Que... que é o que eu exijo. Já que talvez não exijam de mim. O (*nome do médico professor*) não exige de mim. Eu me exijo de participar do grupo, né? Eu acho que é adequado para o meu trabalho aqui. No Hospital Dia, né? Mais aí... eu falei... já que eu to no grupo... eu... aproveitei ele em algo que pode ser proveitoso pra mim...

Nesse aspecto, José aponta uma exigência pessoal para a participação no trabalho pelo vínculo profissional que estabelece com a instituição. O aproveitamento como participante do GCSM aparece vinculado a um “papel” [sic]. Por consequência desse exercício como residente compreende que pode tirar algum proveito, identificando quais seriam os possíveis benefícios que teria se viesse voluntariamente, como “pensar sobre mim... sobre as coisas que me acontecem” [sic]. Benefícios que também ocorrem no período da entrevista, mas como consequência de um envolvimento profissional.

José finaliza suas considerações abordando uma dificuldade com o GCSM, em especial, por perceber que essa metodologia aparece ligada a aspectos do que nomeia como “senso comum”, indicando, inicialmente, que falar de forma “simples” sobre a experiência, pode soar depreciativo aos olhos do profissional técnico. Mas em sequência, relativiza sua percepção do senso-comum, exemplificando uma experiência vivida no HD, quando coordenou outro grupo.

O senso comum incomoda o profissional (*risos*). Incomoda a gente, que a gente... ah... porque o que a gente estuda, não é o senso comum, né? A gente tenta sempre estudar alguma coisa mais, o além. O que as pessoas comuns não veem. E tal... então a gente tem a impressão de que se a gente ficar no senso comum, a gente tá fazendo nada... Sexta feira o (*nome do médico professor*) comentou no grupo de sexta, né? Foi muito difícil. O coordenador era eu, e o (*nome de um colega de residência*) tava de co-terapeuta, o grupo foi muito difícil. (*exemplifica sua colocação sobre o senso comum com uma situação onde coordenou um grupo operativo no HD*). Tanto porque... as atitudes dos pacientes não ajudou. E eu não... as minhas atitudes desde... a primeira fala no grupo até a última não foram adequadas [...] E... me chamou atenção, que teve uma fala do (*nome de um colega de residência*), que na hora que ele falou, eu pensei... nossa nós somos bobos. Os pacientes vão... sabe? Achar que a gente tá tirando onda com a cara deles, sabe? E que foi um comentário que eu achei até muito comum... que era um comentário até muito... é... é... como fala? Esses comenta... essas interpretações meio batidas... assim. Que uns terapeutas às vezes faz... jargão... psiquiatra... psicólogos...sabe? Eu achei meio bobo, né? Beleza. Passou. Por acaso, foi na discussão depois com o (*nome do médico professor*), foi que apareceu assim... Tinha sido meio jargão... tinha. Mas era uma coisa que os pacientes não estavam percebendo. Foi o que mais somou. E foi a partir da fala dele que o grupo ganhou no final, alguma coisinha, sabe? Então eu... tomei isso como exemplo, pra não falar de outro, né? Eu que incomodei, com uma coisa que eu considere um lugar comum. Mas não era... era um pouco assim... mas foi muito terapêutico... então é isso. Acho que a gente fica se preocupando no grupo, em fazer uma coisa muito diferente, que vai dar uma revolucionada nas coisas, né? Acho que incomoda. Foi isso. Uma

coisa meio... Primeiro um pouco narcisista também. A gente querer fazer uma coisa muito especial, uma coisa diferente, muito superior que ninguém sabe fazer... a gente que estuda isso...

José apresenta em suas colocações, potenciais e dificuldades na experiência com o GCSM, e descreve o seu momento de aprendizado e de reflexões sobre o mesmo.

4.1.2 Antônio

Médico no primeiro ano de residência em Psiquiatria.

Escolaridade: Superior Completo

Idade: 29 anos.

Religião: não relata

Antônio inicia seu relato remontando às primeiras vivências em saúde mental, ligadas diretamente às histórias pessoais que o levaram ao exercício da residência e a escolha pela Psiquiatria.

Ah... Assim que eu tinha contato era com psicoterapia mais assim, por causa da minha mãe que sempre gostou. Eu fiz psicoterapia... Quando era criança. E tal... Minha mãe fez psicanálise. Ela é terapeuta, sabe... Ela é doidona. Faz as coisas, massagens... Ela é assistente social... E meu pai é médico, né? Era médico, né? Era (*fala o nome da especialidade do pai*). Então são coisas diferentes. Acho que peguei meio que dos dois assim...

Para Antônio a experiência profissional dos pais influencia na escolha pela Psiquiatria, em sequência, discorre sobre a prática específica em saúde mental, apresentando a diversidade encontrada entre os serviços da residência.

Os serviços são muito diferentes. Muito mesmo. Muito. A mentalidade é muito diferente. Só pro cê ter uma noção, tem um ambulatório de (*nome da psicopatologia*) aqui que não tem terapia. Já viu isso? É... não to criticando. Mais assim. Então tem serviços diferentes. Só medicação. Então assim, né? A gente dá! E eles agora tão numa fase que dão muito plantão na urgência. É outra pegada... Você não pode chegar lá pensando em fazer um “Grupo Comunitário de urgência”. Você tem que fazer o que tem, né? Então. Então eu acho que isso. [...] Inclusive uma paciente minha. Tava no plantão. Ela tava pra se jogar na janela. Eu segurei ela e levei pra (*nome de outro setor da residência*). Ela quebrou a janela com a cadeira. A gente chegou lá e resolveu. Mais assim. É... Essas experiências são, são muito diferentes. E o que eles falam assim que aqui os pacientes te sugam, sabe? Então... quando me falaram isso. Sabe? Falaram um dia antes de eu começar aqui (*referia-se ao Hospital Dia*). Falei assim: “Nossa será que parecem que são uns zumbis, né?” Não entendi o que eles queria dizer... Realmente é um contato muito grande. Você almoça com eles...

Antônio expõe sobre a necessidade do profissional se adequar a uma variedade de “pegadas” [sic] quando se depara com as diferenças entre serviços ora pautados

exclusivamente em medicação, ora nas dimensões de crise e urgência ou ainda, naqueles de perspectivas comunitárias. Apesar dos diferentes desafios ele dá destaque às impressões que construiu quando ouviu sobre o HD e relembra o início de sua trajetória nesse espaço, bem como o impacto diferenciado que angariou.

Meu primeiro... Minha primeira semana aqui no Hospital Dia. Eu pensei em sair da residência. Assim... Eu não pensei em sair... Achei que eu não ia dar conta. Apesar de eu estar gostando muito. Falei assim. “Não vou da conta.” No dia que (*nome de um médico professor*) chegou pra mim. “Qual a sua opinião disso?” Não vai dar... Porque eu nunca tive essa coisa de dar opinião. Eu sempre tive muito medo da ideia dos outros sabe? Eu pensei na minha cabeça assim... “Não vai dar. Eu não vou conseguir”... Porque assim, pegar um texto, por exemplo, discutir um texto, dar sua opinião. Assim na minha cabeça... Como é que eu vou... Como eu vou dar minha opinião. Tipo quem sou eu, né? Tem que pensar. Tem que estudar... Tem que, né?... Na minha cabeça tinha que ter uma visão tipo do que é a verdade, sabe? Então, é de ter uma coisa assim. De ter uma opinião que tem que ser a definitiva... E daí com o tempo fui... Acho que, por isso... Até no Hospital Dia... e os grupos, acabam tendo esse espaço. Que eu tenho muito carinho assim por isso... [...] O Hospital Dia tem a ver com essa, meio que, ultrapassagem de barreiras assim na minha vida e que tem a ver com grupos. Porque eu acho que se eu não tivesse conseguido... Lógico, se eu também não tivesse visto o sentido no grupo eu não ia falar nunca [...] Aqui é um lugar contra a correnteza. Aqui é um modelo o mais próximo ou que tenta ver uma comunidade terapêutica, né? Então, pra muita gente Rita, não usar jaleco já um absurdo. Quanto mais vir aqui e falar alguma coisa que aprendeu. Fica vendo, vendo o cara lá... E o cara lê texto. Sabe... Tipo vê texto no Grupo Comunitário. Ficar vendo paciente falando coisa... (*risos*) É assim, sabe? Essas coisas, eu acho que acabam influenciando. Até porque isso é uma ideia que eu tenho, pela mentalidade médica que a gente sai. A gente sai pra não aceitar esse tipo de coisa, sabe?

Ao recordar seu processo de entrada no HD, Antônio associa-o ao trabalho com os grupos e como uma instituição “que nada contra a correnteza” [sic], ligando o HD às chamadas comunidades terapêuticas. Percebe a mudança de uma resistência pessoal e de quase desistência do desejo de ser psiquiatra para uma apreciação do aprimoramento vivido naquele ambiente. Os grupos ganham a centralidade da experiência para Antônio, já citando o GCSM como espaço de “carinho” para fomentar algumas das mudanças que percebeu em sua formação e que fugiram do modelo tradicional, entre elas a dificuldade em não usar o jaleco ou em ouvir o paciente lendo textos no Grupo, indicando essas ações do paciente como difíceis de conviver na perspectiva dos profissionais da sua área. Na continuidade da entrevista, Antônio discorre sobre os grupos, mais especificamente.

É. A primeira coisa assim que me vem. É que, é como se fosse... Talvez tem até a vê... Até eu posso te mandar... que foi no meu monitoramento de aprendizagem... Que eu falo basicamente de grupo, né? E... e eu começo o texto. Assim que meu contato é assim... Até brinco com aquela frase que Camões usa... “Mar... mar antes nunca navegado”, né? Quer dizer, é um território muito desconhecido, quer dizer... Até hoje desconhecido. Só que hoje é um desconhecido... Antes eu acho que era desconhecido por uma questão do medo, né? Por... o cara não sabe o que vem... Hoje o desconhecido com vontade de conhecer mais... É diferente a motivação, né? [...] Assim de você... De você ver o paciente numa outra perspectiva. Nossa... você amplia muito seu conhecimento. Isso é uma coisa assim. Ainda mais eu, acho que eu tinha essa visão do médico, da consulta. Essas outras modalidades, o grupo, a TO. É... Nossa, um grupo que eu gosto daqui é o de terapia de família...

Antônio redimensiona o lugar que os grupos passam a ter na sua formação; de um lugar de medo e do desconhecido, para o da busca por conhecer mais. Amplia, pois, o sentido de grupo como alternativa à consulta médica clássica, citando algumas modalidades que vê como destaque no HD. Especificamente, em relação ao GCSM, Antônio pontua suas impressões a partir da própria experiência como participante.

Engraçado, né? Como, como que vai mudando com o tempo. É... Eu tenho vontade... até acho que é isso que é legal nos grupos (*se referindo aos encontros do GCSM*)... De dividir essas coisas, né? ... Essas coisas que sei lá... como a música que eu coloquei hoje... As coisas que eu falo. Eu acho que é assim. As experiências que me mexem, né? Eu quero passar isso pras pessoas. Minha ideia. Acho que às vezes, o que eu gosto do Grupo Comunitário... Por exemplo, é que as coisas que me inspiram, podem inspirar as pessoas. Uma coisa muito audaciosa, né? Inspirar alguém é um negócio, né? É muito, né?

Ao descrever o GCSM, Antônio reconhece um movimento de construção, identificando a vontade de viver a intersubjetividade no grupo. Traduz que o potencial do GCSM está na possibilidade de inspirar, de “mexer” com o outro mediante algo que mexe consigo ou que compartilha de si, pela via da música ou da experiência. A partir dessa afirmativa, explica a maneira como o GCSM toca as pessoas, reconhecendo por qual meio essa metodologia pode ser importante:

Uma das palavras é a empatia, né? Toca muito quando você vê a posição, se vê na posição do outro. Eu acho que é uma, uma das coisas assim. Ah... por exemplo, é... o que o (*nome de um paciente*) contou hoje, por exemplo, me... fez pensar, né? Eu conhecia um pouquinho dele. O que o cara já passou, né? E o cara escreve um texto sobre esperança. Depois de tanta coisa que ele perdeu. Assim. Tentar pensar como é que seria isso comigo, né? Se colocar na questão de pensar... não só, mas olhar a janela do outro, né? Olhar na janela do outro. Acho que é isso. A empatia é uma coisa que me veio na cabeça. A outra coisa. É o que o (*nome de um colega residente*) falou... Tem a ver muito com a maneira que eu vejo... Que você se olha mais... É, eu não tenho assim, uma coisa muito pensada... Essa questão de ver o sentido nas coisas. Não consigo dizer o nome do quê que isso desperta. Mais desperta muita coisa, eu acho. Assim, essa coisa. Eu não sei se é essa, tipo, ânsia de viver, um carpe diem. Eu não sei explicar isso... Mais isso é um negócio que assim... virou um instrumento poderoso, né? E é engraçado isso. Até você pensar com os residentes. Pessoal... Quando eu cheguei pessoal falava muito... que o (*nome do médico professor coordenador do grupo*) falava em precioso, né? Pessoal brinca e tal... E é impressionante que eu não escuto mais isso, né? Quer dizer que antes que era visto como uma coisa assim. “Pó o cara tá viajando”... Mais hoje, parece que você vai incorporando. Que isso que é. Isso que é o doido do negócio. Quantas vezes que eu já, que eu já pensei na vida. Nossa isso é coisa do grupo, né?

Antônio elabora o sentido de um grupo que compõe como características centrais a possibilidade de pensar naquilo que o outro expõe. Ou seja, o outro aparece como alguém que possibilita um contato consigo, aspecto nomeado por ele como empatia, no sentido de que Antônio se permite pensar sobre o lugar do outro e como estaria nesse lugar. Outra

característica ressaltada está na possibilidade de “ver mais”, “se olhar mais”, de procurar o sentido das coisas. Mesmo não sabendo referenciar o que isso significa, explícita como sendo algo decisivo e retoma a palavra que outrora foi motivo de chacota entre os colegas, de que esse movimento seria “precioso” para vida. Na continuidade, Antônio apresenta um apontamento crítico ao GCSM, no sentido de problematizá-lo.

No comunitário não aparece o conflito... Eu acho que seria uma coisa legal pra se pensar... Até que ponto que, que, que... se já teve, né? Talvez você viu. Eu não lembro de ter visto. Pô às vezes, né? Pode ser rico às vezes né? O cara fala uma coisa... “oh entendi que a proposta é aprender, mas não tive aprendizado nenhum...”. Seria interessante. Mais eu acho que até isso... Como tem, acaba surgindo muito tema. E você acaba falando as coisas que te tocam. Não sei se... Se é modelo ou se tem um modelo? Não sei. Porque isso estimularia um pouco a questão do, do aprendizado. Eu acho que o conflito, eu vejo muito comigo isso assim. Eu faço muito conflito comigo. Perguntar porque e tal. Porque me faz pensar o quê que realmente eu tô fazendo. Faz surgir outras coisas...

Para Antônio essa dimensão do conflito aparece como algo que não é destacado pelo Grupo, centrando-o às coisas que tocam os outros, porém, ele não sabe dizer se isso é ou não o modelo e a proposta metodológica. O fato de não saber os objetivos e traduzir conceitualmente o GCSM, traz questionamentos sobre seu potencial e possíveis limitações. Nesse lugar analítico, Antônio explicita sobre o formato da participação, em especial sobre falar ou ficar em silêncio no GCSM.

Porque ele falava (*remetia ao médico professor*), de que a gente tem que falar. Primeiro que me deu uma impressão. “Pô. Quem diz que eu tenho que falar... às vezes é um acontecimento não ter nada.” O que mais me pegou. Foi que eu achava que tava acontecendo muita coisa... Assim, ele tá falando que não tá... Então tô falando. “Pô o cara, não tem noção do que eu tô aprendendo aqui...” As coisas que eu to vendo, né?. [...] Que eu vejo no comunitário, eu tô ali como todas as pessoas. Eu não vejo o (*nome do médico professor*), inclusive fazer... como coordenador. Eu acho até... Ele organiza o negócio. Mais ele também se põe como participante, né?

No relato, Antônio contribui para pensar a participação pela via do “acontecimento”. O falar no Grupo não necessariamente implica em uma participação engajada. A necessidade do “falar”, vista a priori, por Antônio, como uma obrigatoriedade é questionada e ressignificada positivamente. Mediante o acontecimento de estar no GCSM, Antônio coloca-se como uma pessoa como as outras, assim como vê o próprio coordenador do grupo. Finaliza com isso, destacando a maneira como se apropriou da proposta e do olhar que desenvolveu sobre o reconhecimento da experiência no GCSM.

A partir do momento que se propõe em observar coisas que transformam na sua vida. Você esta destacando ooo... o papel da experiência humana. Você ta realçando o quanto que a vida faz alguma diferença. Então é mais uma coisa que eu penso muito. [...] Ah Esse momento que a gente tá tendo

agora... Tá me fazendo pensar muita coisa disso, assim. A gente não pensa muito disso. Você vai vivendo, vai fazendo. Então não sei exatamente. Não tenho essa noção. Eu acho que as pessoas no geral, veem coisas boas. Mas aí até um pouco do que o (*nome do médico professor*) tá falando bastante. Eu acho que é muito da questão do modelo psicoeducativo, né? De usar o grupo como um lugar onde você vai orientar, você vai cons.... você aponta os problemas. Resolve e aponta conselhos. Que não é isso o que é Grupo Comunitário...

O significado que Antônio atribui ao GCSM remonta a diferenciação observada entre o GCSM e os modelos psicoeducativos. O lugar da orientação e do apontamento de problemas é redimensionado para dar espaço à atenção à experiência.

4.1.3 Davi

Médico no segundo ano de residência em Psiquiatria

Escolaridade: Superior Completo

Idade: 29 anos

Religião: Ateu

Davi inicia seu relato falando de sua escassa experiência com o trabalho em grupos na saúde, ao longo da sua formação médica e sobre a escolha da Psiquiatria como especialidade.

Só trabalhei nos grupos aqui na residência de psiquiatria, né? [...] Na graduação... Não participei, não. Ah... Eu queira fazer ortopedia. Era meu gosto meio assim. Cirurgia geral. Assim... Eu desisti na minha graduação. Pensava na graduação. Aí terminei. No último ano resolvi fazer psiquiatria. Aí eu acompanhei um professor numa época. Eu comecei a gostar. Não sei... Fui gostando assim. Aí na residência fui gostando também... (pausa).

O profissional reconhece que sua experiência com trabalhos em grupos ocorre apenas na residência, retoma sua identificação com a Psiquiatria, após dúvidas em relação a outras especialidades. Na sequência compartilha que vivenciou muitas mudanças ao decidir fazer Psiquiatria, tanto no âmbito pessoal, quanto profissional.

E aí foi. Foi legal assim. Eu fui... eu gostei. Mais a residência foi diferente, né? No começo... É... tem aquele baque assim. Mais depois eu fui... Eu fui gostando mais, né? Da, da residência. É a mudança né? De, de, de cidade, longe da família. Uma maneira totalmente diferente assim, que você estava acostumado. Então eu acho que tudo isso... Não é que, que a psiquiatria não siga assim um modelo médico, né? Mais aqui assim no, no, no Hospital Dia, o, não segue muito o modelo médico tradicional, que a gente tem na faculdade. Que a gente meio internaliza isso, né? Pro... Pra gente, né? Isso muda muito aqui no Hospital Dia. Essa proximidade com o paciente. É um lugar que isso é mais quebrado assim, na residência. Na (*nome do setor*) segue ainda um pouco, né? Tem... É muito interdisciplinar, mais ainda é mais... Os limites são mais bem definidos, né? Mais aqui não... Os limites são bem mal definidos, né? Então isso assim. Pra, pra quem tá vindo de um modelo médico tradicional... Fica muito difícil, né? E, trabalhar assim em grupos, tanto participando, como coordenando. É bem difícil assim, no começo, né?

Além da mudança de cidade, Davi sentiu a diferença na forma de conviver com a Medicina em alguns dos estágios que teve na residência, em especial no Hospital Dia com o caráter interdisciplinar do serviço e da proximidade com o usuário, descrevendo dificuldades iniciais, ligadas ao impacto com novos modelos de trabalho em saúde mental.

Na entrevista Davi retoma a dificuldade que teve ao trabalhar com grupos, em especial, pela falta de experiência e de contato com essa atividade no passado. Para exemplificar essa dificuldade, relembra uma expressão comumente usada no tempo em que esteve servindo como médico em órgão da segurança nacional.

Ainda mais que eu não tinha muita experiência assim, de, de, disso, né? Quer dizer... Não tinha experiência. Então no começo eu tinha muita dificuldade de participar. De coordenar grupos... Ainda precisa de muita coisa assim, né? A gente fala na (*nome do órgão de segurança nacional*)... “Pra ficar ruim tem que melhorar muito ainda.”

Apesar da dificuldade inicial nas mudanças com o trabalho em Psiquiatria, Davi reconhece ter boa abertura para o trabalho, por identificar uma disposição pessoal colaborativa quando trabalha em equipe.

Eu aprendi a gostar disso assim... Na verdade eu acho que tenho um, assim, acho que tenho uma facilidade de trabalhar em equipe, né? Nunca tive dificuldade assim de trabalhar em equipe. Acho que sou. Acho que sou uma pessoa cooperativa, né? Então eu acho que eu não tenho dificuldade de um grupo, de trabalhar em grupo assim. É... Trabalhar assim com grupo, com coordenação do grupo eu... Eu não sei até que ponto eu iria, pra ser sincero assim. Eu não sei até que ponto eu incorporaria isso na minha prática. Eu acho que sim. Mais é... Eu não sei até... Qual a minha empolgação assim, pra, até aonde que eu iria. Se eu faria isso a vida inteira... Assim e tal. Mais talvez fazer por um tempo... Pra experimentar. E se der certo. E também assim, se você entra, tem que ter o comprometimento, não é? De ficar e fazer o grupo, né? Não fazer o grupo, ad eterno. Mais pelo menos assim, um ou dois anos cê tem que seguir o grupo. Eu acho que eu não... É...São dificuldades minhas também assim de... de... Tenho dificuldade de me colocar. De prestar atenção. De assumir o papel de coordenador, né?

Apesar de Davi reconhecer uma abertura para o trabalho em equipe, no desenvolvimento de atendimentos em grupos apresenta receio, associado ao reconhecimento de características pessoais e à necessidade de exercitar a modalidade para poder confirmar a possibilidade ou não de atuação. Ao longo da conversa, ele retoma com maiores detalhes e exemplos as características encontradas no estágio no Hospital Dia. Reconhece a existência de fronteiras pouco delimitadas entre as funções da equipe como uma dimensão que promove incômodo para alguns dos colegas de profissão.

O que é difícil assim... Que foi difícil pra mim... É... é... é... Às vezes é difícil assim... Você tá... O que mais... O quê que eu acho, pra quem vem de um, de um modelo médico que é muito difícil aqui, é... é... Primeiro essa, essa falta de limite assim, de papéis, dos participantes. Entre a equipe, né? Não tem um limite bem definido. E às vezes você tem que escutar muita coisa que é difícil de engolir.

Coisa muito chata assim. Então isso é uma coisa que torna difícil aqui, né? A equipe é um pouco disfuncional, né? Não sei se você já escutou isso... Mais aí, às vezes assim, uma pessoa, por exemplo... é... é... às vezes tenha dado um, um pitaco eu considerava e a pessoa... é... é... uma auxiliar de enfermagem. Por exemplo, ela dava um pitaco na medicação. Então assim, eu, eu recebo isso assim. Mais eu não importo tanto não... Mas a gente tem muitos colegas assim. Achando ruim a pessoa dar esse pitaco assim. “Ah porque tem que... não sei o que.” Assim, fala sem saber de nada. Entendeu? É... não que eu acho que a gente tem um... Detém um conhecimento exclusivo sobre aquilo. Mas é... As pessoas falam de um jeito assim como se soubesse. Poderia ser dito assim: “Ah... Olha o fulano não tá... Tá se queixando que não está dormindo bem a noite. Não está dormindo nada. Será que não tem nada assim, que pode ser feito? Por exemplo, uma medicação, né? Ou”. Não colocar dessa forma assim. Tudo bem que, aí eles vão, escutam a gente falando sobre isso e termina pegando muita coisa, né? Isso é só um exemplo do que acontece, né? Então muita gente é bem isso. Isso é uma das coisas. Eu. Eu pra ser sincero, eu nunca me importei tanto com isso.

Após descrever uma falta de delimitação dos papéis profissionais como uma característica que incomoda os colegas, Davi dedica-se a remontar alguns desafios encontrados no âmbito pessoal. Ele apresenta um dilema vivenciado pela convivência mais próxima com os usuários dos serviços diferente do que estava habituado.

Eu acho que, assim, no começo aqui. O que eu senti. É que... Esse ambiente aqui você tá exposto o tempo inteiro. Junto dos pacientes. Um contato próximo. Almoçando junto deles, na mesma mesa e uma refeição, às vezes até tendo a oportunidade de, de conversar com o paciente de outra forma, né? Que não seja uma conversa de consultório. Conversar num banco, ao ar livre. Éééé de toda essa relação que você vai ter como equipe. Ter uma maneira diferente com a equipe, né? Acho que tudo isso é meio que dá um, um baque, dá uma assustada assim, no começo. Não no. Não é uma coisa fácil assim... Da pessoa receber logo de cara isso, né? E aí chega aqui, já vai, já passa o dia inteiro, né? Passa dez, onze semanas seguidas ali... Então, é um processo bem... O começo é muito difícil. Da metade, pro final foi bom. Do que da primeira vez que eu passei aqui. Eu acho que aí já eu consegui captar as coisas que tava acontecendo...

Apesar de reconhecer o “susto” [sic] que sentiu ao se deparar com as diferenças no serviço, por exemplo, no fato de conversar em um banco ao ar livre e não no consultório, Davi percebeu um processo de mudança no trabalho e na sua maneira de compreendê-lo, afirmando ter conseguido significar positivamente aquilo que viveu na prática em Psiquiatria em um modelo diferente do tradicional.

Não... Acho que, eu consegui trabalhar melhor a equipe e consegui lidar melhor com os pacientes fora do ambiente mais estruturado. Vamos dizer assim, né? Estruturado, não que não seja estruturado, né? Mais um estruturado não numa forma que a gente tá acostumado, né? Então. Isso aí foi... Eu acho que vai internalizando esse modelo. Vai se acostumando. E eu passei a gostar assim da, daqui, né?

A partir do reconhecimento de nova visão do serviço, Davi optou por voluntariamente retornar ao HD em outro momento da residência, no qual os profissionais podem escolher o contexto em que irão se inserir para aprimorar a formação. Ele explicita suas motivações para esse retorno relacionando-a especialmente a sua participação no GCSM, e como percebe essa participação e a contribuição em seu processo de vida.

Não que eu tava no, tava no optativo e eu tinha pensado, né? De continuar nos Grupos Comunitários. Né? Assim, participando... Eu, eu antigamente assim. Até que eu comecei participando razoavelmente bem assim (riso)... Mais agora eu tô. Eu já tô meio distante assim... Mais eu acho que assim, quando a gente participa, em alguns momentos. Éééé... eu acho que você consegue... Que é assim... Não é que ah tem que ser.... Ah tem que ser profundo. Não, não acho que tem que ser profundo. Acho que tem que ser alguma coisa, que, que toque você, né? Que nem é, alguns falam assim. Você, quando você consegue enxergar a experiência de outra pessoa... Assim, consegue ver através dos olhos dessa pessoa, essas experiências que ela passou, que ela tá relatando. E às vezes você consegue sentir, né? É... O quê que ela sentiu nesse relato. Pode ser uma coisa simples assim. E quando isso acontece. Acho que aí que tem. Eu acho, tem, faz a diferença no grupo, né? Quando você consegue participar dessa forma. Mesmo que não diga nada, não participa, não traga nada... Mais se você conseguir sentir isso, né? É... um... é o que eu acho que faz a diferença no Grupo Comunitário, né? Em vários momentos eu senti isso assim... Quando as pessoas relatam, trazem algum relato... Às vezes são coisas que, que, faz lembrar outras coisas que eu já passei. Então isso, é, faz com que se sinta, se sinta, né? Participando do Grupo... Não tá lá só sentado escutando. Mais você sente que tá fazendo parte daquilo.

Nessa abertura de retorno ao HD e ao GCSM, Davi explicita como se sentiu integrado ao participar no grupo, não apenas na perspectiva de escuta, mas na perspectiva de fazer parte do processo reconhecendo que essa participação depende de como ele se dispõe. Ele aponta ainda, como percebe as experiências do outro e o momento em que consegue sentir algo diante daquilo, mesmo que seja algo simples, mas que pode fazer alguma diferença quando “acontece” [sic]. Ao longo da entrevista, ele explora a maneira como participou, seja na posição de escuta da experiência do outro, como no relato anterior, seja na motivação que teve ao trazer algo da sua experiência para compartilhar com o GCSM.

Então quando oooo... éééé... eu não sei se você tava. Não sei... vou citar um exemplo... Não sei se você tava e viu, né? Quando (nome de uma usuária) falou... Trouxe aqueles poemas que ela traz que falava do pai dela. Aí eu me lembrei... E ela falou daquilo. Aí do nada... Eu acho que ali você tá aberto pra, pro grupo, né? Isso é mais, isso facilita quando você tá aberto... Quando você tá fechado, que nem eu tava hoje, não, não, num facilita nada. Quando ela trouxe aqui, eu lembrei da, da minha infância... Que ela falou alguma coisa da seca, né? Que o pai dela, acho que é de (nome de um estado brasileiro), e tal. Ela falando da seca, eu lembrei, quando eu tinha oito anos, teve uma seca grande lá em (ano) e meu pai batalhando pra salvar o gado dele, não deixou nenhuma cabeça morrer, eee saiu transportando o gado, então ele trabalhava dia e noite assim, lidando com o gado pra não deixar... Ele quase faliu, né? Então eu lembrei disso tudo, é? Desse período que foi difícil. Não. Na hora que isso aconteceu eu... Não tava nem na hora de falar de experiências. Né? Tava na hora das poesias. Foi meio sem pensar... . Eu acho que isso foi engraçado. Se eu tivesse falado depois talvez não tivesse tido o mesmo efeito assim, que teve pra mim... Eu acho que reproduziu algum efeito no grupo assim...

Davi discorre que através do encontro com uma poesia trazida por uma usuária pode recordar de um evento da sua vida e relatou isso ao grupo percebendo que isso teve um efeito sobre o grupo. Pontua também que o aproveitamento nesse espaço depende de uma abertura para o trabalho.

Ele reconhece a importância do GCSM e explora as suas características ao diferenciar como percebe a singularidade dessa modalidade em relação aos grupos operativos que

também são desenvolvidos no HD, no que se refere à participação do usuário e à sua participação como coordenador e participante.

Eu acho que o Grupo Comunitário. Ele não é um Grupo pra, pra pessoas tão doentes assim, né? É um grupo pra falar de outras coisas, né? Da vida, né? Que eu acho que, as experiências que enriquecem a gente. Não só... coisas boas, né? Mais também são... pros pacientes, né? Também, né? Eu acho que é outro modelo até pros pacientes. Não é só pra gente... Outro modelo de grupo. Outro modelo de convivência assim, né? De, de... Não sei... no grupo operativo a gente tenta assim, tratar de um tema que, que emerge no grupo, né? E abordar aquilo no grupo e trabalhar aquilo. Ééé... com os pacientes de forma a eles aprenderem, terem uma experiência nova... Eu acho que parece sim um pouco, né? Mas... falo assim... essa diferença acaba... Você como participante, mesmo sendo médico... você pode aproveitar muita coisa pra você, né? Assim do grupo. Assim como os pacientes podem aproveitar coisas pra eles, né? Acho que isso pode acontecer. Mais não é o... o...o... Pelo menos ao meu ver, né?... Não é o que tá. Não é o previsto, né? Assim. A gente. Não que a gente não tire experiências do grupo operativo. Mas não é essa a, a, a finalidade assim, né? Acho que a finalidade mesmo é de, é de transformar aquilo em experiências pros pacientes, né?

Davi expõe sua leitura sobre as diferentes modalidades de grupo que ocorrem no Hospital Dia em que também teve a oportunidade de participar. Especificamente, refere-se aos grupos operativos voltados aos usuários do HD e conduzidos por residentes de Psiquiatria e ao GCSM no qual compõe o grupo como participante. Após apresentar a diferença das modalidades GCSM e grupos operativos a partir de sua experiência, Davi expõe a maneira como compreende a participação dos usuários, especificamente.

Acho que o grupo operativo é um grupo mais reservado pra eles, né? Assim, um grupo menor, mais reservado. Éééé que eles vão falar deles mesmos. Eles já estão convivendo aqui no Hospital Dia entre eles, né? então, acho que fica mais fácil de, deles se abrir no grupo operativo. Mas mesmo, tem alguns que tem dificuldade de se abrir no grupo operativo, Né? Ter dificuldade de se abrir no grupo operativo, quiçá no Grupo Comunitário, né?

Para ele, o fato de o GCSM se tratar de um grupo aberto e com pessoas diferentes pode influenciar na participação dos usuários. Em sequência, Davi demonstra como analisa a dificuldade de participação dos profissionais no GCSM, e relaciona a modalidade de grupo com o modelo psicossocial.

Eu acho pelo modelo assim, geral. As pessoas que conseguem, é, internalizar melhor esse modelo do funcionamento do Hospital Hia, De, de atenção, né? Eu acho que não tem dificuldade de participar do Grupo Comunitário. Agora assim, aqueles que, que normalmente assim não conseguem, não, não gostam do modelo do Hospital Dia e tal... Ficam uma coisa aqui por tabela assim... Eu acho que tem uma dificuldade pras pessoas de, de, aquela dificuldade da pessoa participar desse tipo de atividades assim, né? Eu acho que eu várias vezes eu ouvi falar, acho que é medo de se expor, não consegue quebrar um pouco essa diferenciação profissional com a ciência, né? Ééé, acho que você quebra um pouco isso no Grupo Comuni.... No Hospital Dia você quebra. No Grupo Comunitário você tem que quebrar até um pouco mais essa, essa linha que separa, é? Você tá ali. Você corre risco de se expor, de quase que mostrar você, né? No, no, no, no grupo, né? Então você acha que deve gerar algum um tipo de ansiedade no profissional. Vou me mostrar no grupo... Vai ter um paciente lá, vai tá lá escutando e tal [...] Eu acho que quando você se expõe, você sai um pouco da posição protegida. Você pode sofrer ataques... Eu acho que é isso que acontece muito aqui, né?

Na experiência de Davi, aquele profissional que não está aberto a novos modelos de saúde mental, encontra dificuldade de participar do grupo. A exposição necessária na convivência direta com o serviço, ganha uma dimensão concreta no GCSM que pode ser tida como um medo de se expor e ficar vulnerável ao ataque.

Diante do reconhecimento dos desafios na qualidade de participante do GCSM, Davi expõe seu olhar sobre a necessidade de aparecer algum conflito entre os participantes, nessa modalidade de grupo.

Eu acho que, que disse assim, de, de, de ser um lugar... Um grupo assim, que se divide em experiências, né? De vida... Isso tenta... Pela própria proposta que o (*nome do coordenador*) levanta assim de... Da pessoa desenvolver um novo olhar sobre a vida... Eu acho que tudo isso assim. É... Termina não... Não fala muito disso assim. Eu não sei. Eu acho que não levanta muito essa parte de conflito assim, dentro do hospital. Conflito entre pacientes, entre pacientes e médicos. Eu acho que termina, não traz muito assim.

Ao afirmar que o grupo não propõe o aparecimento de conflitos de forma central, Davi busca traçar uma leitura sobre o que internalizou como objetivo do grupo após suas participações e reflexões ao longo da entrevista.

O que eu internalizei. Eu acho que, assim. Quando você vem aberto, vem disposto pra participar do grupo assim de... Abrindo, vou ser bem brega assim, abrindo o coração... (*risos*) Eu acho que o o o , eu acho que o grupo é... Faz você éééé... Ver, ver várias coisas assim... Ver, ver a, ver o mundo através de, de, várias pessoas, né? Eu acho que é isso que enriquece mais o Grupo Comunitário... Assim, né? Eu acho que é isso que, que traz mais riqueza assim. Então eu acho que isso é, éééé... é um dos principais objetivos assim que eu vejo no grupo, né? (*silêncio*). Mas eu acho que pra poder aproveitar melhor o grupo a pessoa tem que tá com um certo nível de abertura também. Não pode tá muito fechado. Se tiver fechado não vai aproveitar nada. Como tudo na vida, né? Até como psicoterapia individual, outros tipos de psicoterapia em grupo. Se a pessoa tá fechada não vai aproveitar.

Segundo ele, o grupo permite que a pessoa tenha a oportunidade de ampliar sua percepção do mundo pelo encontro com outros, mas para que isso ocorra é necessária uma abertura ao que é proposto. Para Davi, a proposta do GCSM acaba interferindo também, para as pessoas que parecem alheias ao andamento. Reconhece que mesmo alguém nessa disposição, convive com o potencial de se surpreender e mudar de postura, compartilhando da atividade.

E a gente pode até surpreender, né? Acho que nem a, a (*nome de uma usuária*). Que ela num tá, nunca tinha participado e um dia resolveu trazer uma poesia. Participar do Grupo Comunitário assim e tal. Mais é... Acha que a pessoa não tá, tá lá só de corpo presente, mais está ouvindo, né? Trazendo alguma coisa. Então eu acho que a... Nessa proposta assim de... de outro olhar. É que eu acho que pode. Eu acho que é complementar assim, né?

Ao final da entrevista, Davi problematiza o papel do coordenador no GCSM, por que até então só havia coordenado grupos operativos. Ele constrói uma leitura de que o coordenador do GCSM tem maior ‘liberdade’ para participar do grupo, esboçando uma diferença entre coordenação e participação no trabalho em grupo.

Eu acho que no Grupo Comunitário... Aaaa, você pode... é um pouco mais livre assim, né? Você pode participar, né? Então pode assumir uma... uma... No grupo operativo a gente não pode participar muito assim, né? Tem que ser o coordenador. É é é eu tento assim... mais tipo de coordenador do que o de participante, ou co coordenador, por exemplo. Já no Grupo Comunitário não, eu acho que fica, uma coisa mais livre assim... No Comunitário (*nome do coordenador*) tá lá coordenando, aí num determinado momento ele vai, ele participa do grupo, né? Então ele tem maior, maior liberdade assim...

Davi compreende uma diferença na postura do coordenador do GCSM que aparece mais “livre” para participar da proposta, diferente do que observa nos grupos operativos, no sentido de que quando coordena essa modalidade, “tem que ser coordenador” [sic].

Na entrevista Davi traz uma reconstrução contínua desse lugar profissional do início da residência até o momento em que se observa num outro modelo de serviço, participando de um grupo no mesmo papel dos usuários e familiares.

4.1.4 Cassia

Ex- Usuária do Hospital Dia

Escolaridade: Ensino Fundamental

Idade: 53 anos

Religião: Testemunha de Jeová

Inicialmente, Cassia relata as vivências do adoecimento e compartilha o momento em que se viu ligada à saúde mental pela primeira vez em decorrência de um acontecimento na pré-adolescência. As marcas da entrevista de Cassia são reveladas pelas histórias de vida as quais exemplificam as diferentes etapas no tratamento como usuária de vários serviços, anos antes da Reforma Psiquiátrica.

Com treze anos de idade. Eu me tornei uma bipolar. Naquela época falava é psicose maníaca depressiva. Eu não me conformava de ter, é... tanto essa doença assim. Que com treze anos, eu vou contar do começo pra você entender, morreu o menino que eu tomava conta dele. Ele morreu queimado no leite, no mingau. Então, a mãe dele tinha posto o mingau pro pequenininho. Porque ela tinha dois o pequenininho e o maiorzinho. A mãe pôs esse leite pro bebezinho. Aí o (*nome do filho mais velho de sua patroa na época*) morreu. Entendeu? (*a mãe tinha dois filhos, colocou o mingau para dar ao filho menor e o filho maior puxou a vasilha no fogo e morreu queimado*). Aí o quê que

aconteceu? Nessa morte. Eu que fiquei sofrida. Eu... pra mim eu já sai de lá, daquele lugar. Que eu não cheguei a ir lá na casa. [...] Então eu sai de um bairro (*nome do bairro*). Eu fui para quase perto. Quase pertinho de (*nome de outro bairro distante do primeiro*). Eu andei muito. Muito. Muito. Cansada. Cansada. Cansada. Cansada. Aí eu cheguei por coincidência da vida. Eu fui... caí na casa de um conhecido, que antes ele era meu vizinho. Ele tinha casado, foi morar nessa casa. Só que já tava todo mundo me procurando. Porque na minha cabeça eu tava andando pouco tempo. Só que eu tava andando há muito tempo. Aí eu caí. Ainda torci o pé. Cansada. E aí como já tavam me procurando. Avisaram meu pai. Não sei como avisaram. Só sei que fui de ambulância. Já fui pra esse hospital. Primeiro hospital que eu fui. Quando eu fiquei nesse hospital. Fiquei numa cama assim. Igual aqui. Ó (*mede o tamanho de um sofá médio de dois lugares*). Uma cama assim. Só a cama, tava no quarto. E tinha uma cadeira. Aí uma freira tomava conta de mim nesse quarto. Aí meu Deus do céu essa freira tomando conta de mim lá. Eu lá ruim. Não sabia nada... Eu só queria meu filho. “Cadê meu filho”. E lá no hospital todo mundo achou que eu tinha um filho. O menino virou meu filho. A minha cabeça ficou confusa. “Era meu filho. Quero meu filho”... Deu o que fazer. Aí eu fiz um tratamento de eletrochoque. Mais na realidade, eu não precisava do tratamento do eletro choque. Hoje é comprovado.

Cassia compartilha o evento motivador da primeira crise e estabelece detalhadamente o espaço onde foi tratada na época (há cerca de quarenta anos atrás), lembrando o formato de um pequeno cômodo. Cassia retoma, especialmente, as experiências com o eletrochoque associando a predominância desse método nas internações que sucederam sua crise inicial.

Você sabe como era o eletrochoque de antigamente? Não é igual o de hoje não. Era direto ao vivo e a cores. Porque não tinha anestesia. Não tinha nada. Então hoje tem eletro convulsoterapia. Antigamente era eletrochoque mesmo. Fechou. Era assim que era antigamente. [...] E o que eu ia te falar é o seguinte. Na época dos eletrochoque, até não te falei isso. Vou voltar nessa historia, é. Lá em (*nome de uma das cidades que ficou internada*) mesmo. E é muita gente assim... E ia todo mundo lá pra tomar o tal do eletrochoque. Era todo mundo. Aquela fila grande. Por isso que eu falo. Parece que eles gostavam de dar eletrochoque. Eles tavam descobrindo as coisas ainda. Eles não sabiam direito. Então teve uma menina na minha frente. Eu falo menina, mais ela era grandona. E ela me protegia muito. Ela chamava (*nome da amiga*). Ela tinha assim o... (*mostra os braços*) grande você tá entendendo? Mais ela era alta. Ela pegava eu assim, e falava que eu era cria dela. Ninguém ia judiar de mim. E o tempo inteiro ela cuidou de mim, enquanto eu tive lá. Só que nesse dia ela foi na minha frente. Ela entrou e não voltou. Ela morreu no eletrochoque. Aí eu falei assim “Cadê?” Aí parou o eletrochoque. “Cadê? Cadê? Cadê a (*nome da amiga*)?” “A... Ela ganhou alta. Ela foi embora pra casa dela. Vocês nem vão ver ela.” Tá. Eu dei a volta. Eu sabia onde era a pedra. A famosa pedra! Eu fui lá na pedra (*refere ao lugar onde se costumava levar os pacientes mortos*) Aí eu fui lá. E vi a minha amiga lá. Ai... Eu chorei. Mais eu chorei. Mais eu chorei. Eu chorei muito por minha amiga.

Cassia expõe vivências marcantes que demonstram condutas, historicamente, legitimadas nos serviços prestadores de saúde. Mediante as diferentes internações compartilhadas na entrevista, Cassia destaca o momento em que chegou ao Hospital Dia e explicita como significou sua vivência nesse novo contexto, onde a atividade não se resumia a ficar “internada”, mas a ter o que “fazer”.

Até chegar no Hospital Dia eu fiquei no (*nome do hospital*).. Do (*nome do hospital*). eu vim pro...pra (*nome da unidade de emergência*). E de lá eu vim pra cá. É porque aí... Porque era uma equipe. Eles entraram num acordo. Que aqui era melhor pra mim. Não precisava ser uma internação. Lá eu andava tudo dentro do hospital. Eu saía lá do (*número do andar que ficava internada*), né? Na psiquiatria. Descia, ia lá no orelhão ligava. Voltava. Eu queria fazer alguma coisa. Mais não podia. Não tinha o

que fazer. Eu não sei ficar parada sem fazer nada. Eu sou muito elétrica. Aí vim pro Hospital Dia. Aí no Hospital Dia tinha o quê fazer pra mim, né? Aí eu tinha que fazer educação física. Aí eu tinha que fazer as terapias. Aí eu tinha que fazer tudo...

Por meio dessa nova possibilidade de poder fazer terapias e atividades físicas, Cassia introduz a descrição de como iniciou as experiências com grupos em outros contextos de saúde mental, para isso retoma a história pessoal e a presença da família nesses espaços, exemplificando o significado que essa modalidade angariou.

Vou contar minha vivencia dos grupo do (*nome do hospital*) pra cá. Que foi em noventa e dois que eu comecei participar de um grupo, que era lá do (*número do andar*), que eu era paciente, então eu participava dos grupos. O quê que era? O quê que era bom pra mim? Eu achava importante os grupo, porque no caso da Psiquiatria, porque eles traziam a minha família pra conhecer a Psiquiatria. Porque a Psiquiatria a vida inteira foi assim... O paciente, ele ficava do lado de dentro do hospital, recebendo toda a espécie de tratamento e quando era o dia de visita, dava uma vestimenta bonita pro paciente que tava lá guardada pra visita. Entregava limpo. Aí o paciente chegava ali... Como era o meu caso muitas vezes, eu chegava assim, virando os olhos. Meia mole. Não parava. Não queria nada. Eu não queria comer o que trouxeram. Deixa aí que eu como depois. Por quê? Porque eles tinham aquela vivência do paciente. A família tinha a visão assim... O paciente em casa era de um jeito. Quê que tava acontecendo? Ele tava ali todo mole. Mais era todos os pacientes, via ali na visita, tudo bonito, roupa bonita, tudo trocadinho... Batom, maquiagem e o resto? Tudo mole, tudo desengonçado... O efeito colateral dos remédios, tava tudo ali. O meu pai ficava muito bravo. Ficava bravo. Ele não entendia. Mais ele não entendia porque lá dentro do hospital ele não via... As minhas internação, é como eu fiquei nos hospitais que foi até manicômio... Os hospitais que eu tenho... internação. São hospitais onde eu fiquei. Tinha isso já de grupo. Faltava um que a mais, sabe? Faltava o que? A sequência. Porque a gente saía e depois não tinha mais aonde fazer o grupo. Não tinha sequência.

A primeira experiência com grupos para Cassia passou a representar a possibilidade de uma aproximação da família com o ambiente psiquiátrico. Anteriormente, isso ocorria apenas nas visitas, onde se via uma dramatização institucional com esforço de “arrumar” o paciente aos olhos do familiar. Na continuidade da entrevista, Cassia diferencia suas vivências pregressas com grupos em relação àquelas compartilhadas no HD, espaço frequentado ativamente, mesmo depois da alta há cerca de dez anos.

Igual aqui... Eu já fui paciente. Eu sai de alta em (*fala o ano*) e tem a sequência dos grupo. Que é muito importante pra gente. Então. Realmente a visão da terapia é a coisa melhor que tem. [...] Eu cheguei no grupo. O primeiro dos grupo meu pai participou. Teve uma vez lá no Hospital Dia... O café. O café era bombom. Enchia de bombom pra todo mundo. Aquilo me deixou muito. E era um dos primeiro. Me deixou muito assim... Emocionada. Como que podia ter um grupo. E ainda ter café pra todo mundo, né? Aquilo ali cativou. Eu já era paciente do hospital, aí depois eu continuei indo nos grupos sem ser paciente. Sem ser internada no hospital. Aí eu vinha só pro grupo.

O grupo e o café da manhã compartilhado entre as pessoas participantes teve um significado especial para Cassia, evidenciando a restituição da convivência e do cuidado. Ela também se refere à importância dada aos grupos que possibilitavam sua participação depois da alta, o que indicou uma sequência importante ao seu processo. Cassia continua seu relato

dizendo da sua relação específica com um dos grupos que continuou a frequentar no Hospital Dia, o GCSM.

O (nome do organizador do grupo) ele tem uma lágrima que rola dentro da garganta. Você já reparou? Você já reparou? Ele não chora tem hora assim... Que ele não chora. Tem hora que você vê a lágrima no olho dele. E aí ele não consegue falar. Aquilo pra mim me emociona. Então eu vejo que aquele grupo é um grupo de verdade. Toda a vida eu achei que o grupo é um grupo de verdade. É um grupo que pode me ajudar. Me instruir. Ajudar na minha comunidade. Que a minha comunidade também é grande. Então lá no meu bairro é grande. Eu posso ajudar as pessoas. Através do grupo. Não é só o médico não. O médico porque ele é o coordenador. Mais todos do grupo trás uma grande riqueza pras nossas vida. Tem as pessoas no grupo que chega e só fala coisa boa. Ou fala uma coisa do livro, lida ali é bom. Aí você pega. Teve uma vez que falou uma frase. Eu não sei direito como que é contar inteira. Era do senhor Gentileza. É que ele fazia gentileza pras pessoa. Então a cada lugar que ele ia, dava um pouco dele. A gentileza. E esse grupo eu acho que é a gentileza. O grupo num todo ele dá sempre algo pra gente.

Cassia destaca a expressão emocionada do organizador do grupo como algo que proporciona um significado de “verdade”, de compartilhamento entre pessoas, diferente de outros grupos. Para ela nesse espaço todos podem trazer alguma riqueza da vida: “cada um que ia, dava um pouco”. Em sequência, expõe como percebe sua participação e contribuição no GCSM.

Eu acredito que começo com minhas orações. As vezes é pequena. Eu não tenho estudo... Igual todo mundo tem muito estudo. Eu não tenho. Eu tenho um curso de enfermagem. Porque foi um curso que foi dado pela USP. Eu não tenho estudo igual as outra pessoas, que tem faculdade, ou acabou o terceiro colegial. Eu não tenho. Mais eu tenho outra coisa, que é a minha vivência. É a minha vivência do dia a dia...

A cooperação de Cassia no grupo envolve a sua vivência do “dia-a-dia” em um lugar de destaque, que inclusive a instrumentaliza para participar no Grupo de várias maneiras, como por exemplo, pela via da oração. A possibilidade de participar de diferentes formas que não pautada no conhecimento científico, é vista como um benefício promovido pelo grupo, por sua vez, enriquecida pela diversidade de participações presentes no GCSM.

Ao mesmo tempo que tem eu lá. Que tô fora. Eu já tô fora há tempo... uma bipolar. Você vê um lá que tá chegando hoje. Tem gente chegando hoje. Você vê lá pessoas que já estão mais tempo. Pessoas que tão aprendendo. Estão estudando ao mesmo tempo ali. O quê que eu acho que melhora? Melhora porque antigamente, a medicina acabava assim: o médico sentava daí, a receita já tava até pronta. Até logo!. Então isso aí... É mais que... que uma consulta médica. É uma consulta da alma. Eu acho que é uma consulta da alma. A todo instante a gente tá se consultando. Você tá se policiando em alguma coisa que o outro falou. É pera aí. Aquele ali é daquele jeito. Eu fazia de outro jeito. Então é pra alma mesmo. Como eu falo. Pra comunidade. Pra todo lado que a gente vai a gente usa o que aprende aqui.

Ao discorrer sobre essa diversidade, Cassia diferencia a prática no GCSM da consulta médica de “antigamente”, retomando o sentido perdido de uma terapêutica que produz

“melhora”, um aprendizado que pode ser usado em todo lugar. Ainda em relação à participação de diferentes pessoas no grupo, Cassia detalha:

Só a formação não vale. Tem que ter uma vivência. Tem que ter a experiência pra trocar. Pra compartilhar. Que às vezes. É compartilhar que vai enriquecer aquilo ali. Casa-se os dois. Porque tem que ter as pessoas que tem conhecimento... Eu falo a minha vida. E falo o meu mundo. Eu falo meu... Onde eu vivo. Onde eu convivo. Meus lugares... Mais ela traz algo mais que a história. Ela traz em forma de conhecimento maior. Porque ela trouxe de um livro. Ela pegou de um livro. Eu não vou pegar o livro pode ter certeza... O paciente que traz um livro. Geralmente ele tem mais estudo. Como que apareceu aquele livro, lá? Ele tem mais estudo do que o outro que não tem. Eu vou pegar um livro. Eu sou muito difícil pra resumir um livro [...] O importante é você compartilhar. Compartilhar é importante. Mais é lógico, que se não tiver aqueles que tem uma... Um estudo maior. Veja bem. Se não tiver uma psicóloga. Se não... A psicóloga que tá ali. Ela tem estudo. O médico que tá ali. Ele tem mais estudo. Se não tiver aqueles que tem um... maior, isso ajuda. Mesmo que ele fique quieto... A áurea dele tá ali ajudando a gente. A áurea do estudo. A áurea da formação. E às vezes você... Vamo suportar. Eu já prestei muita atenção nisso. Vamo suportar. Tem pessoas que tem o estudo. To falando do formado aqui... Da área da saúde. Ele não fala nada. Você pode olhar nele... O semblante tá falando. Eu consigo ver o semblante dele falando.

Cassia atribui a importância do “compartilhar” a vivência, como fundamental ao desenvolvimento do GCSM. Porém, estabelece uma distinção das participações pelos seus diferentes componentes, entre aqueles que detêm o conhecimento e aqueles que detêm a vivência. Descreve como um “casamento” entre as partes estudo-vivência, mas localiza o lugar do estudo e do conhecimento “maior” entre os profissionais que integram o grupo. Na continuidade da entrevista, Cassia relata a motivação de frequentar o GCSM, juntamente aos aspectos que faz com que permaneça nesse espaço.

Que quando eu vim aqui no grupo. Às vezes eu tinha que vim. E eu não podia... Mais eu escapava pra vim no grupo. Por quê? Eu falava que eu vinha beber água limpa. Mais o que significa essa água limpa pra mim. Não era a água, literalmente água. É a busca dessa coisa que faz bem pra alma. E às vezes não é só (*nome do organizador do grupo*) que fala. Às vezes tem você. Tem a outra... Tem a outra. Tem a outra paciente. É todo. É o conjunto. Nós não teremos... Por isso que chama grupo. Se não teria esse conjunto, se não fosse o grupo. Então o grupo é um todo. O grupo é um todo importante. É cheio de coisas boas. E quando eu canto, né? Tenho até uma voz bonita, né? (*risos*)... Aí eu canto de verdade. Eu canto com a alma. Eu canto com a minha alma.

Cassia reconhece um espaço para a expressão de si, mediado pelos sentidos de “alma” e “verdade”. Ela percebe o grupo como um conjunto, explicitando em seguida, a diferença percebida entre os diferentes grupos que frequentou no HD.

Os outros grupos são grupos mesmo. Mais o Grupo Comunitário tem uma certa fórmula nele. Você pode ver que quase sempre ele tem música. Então no dia que não tem é raridade. Fica assim... (*faz uma expressão de desânimo*). (R: *eu pergunto: Você falou. “Os outros grupos são grupos mesmo.” Quê que seria grupos mesmo?*) Não são comunitário. São destinados especificamente a doença.

O GCSM representa para Cassia um grupo “comunitário”, diverso, que não é grupo “mesmo” de saúde mental. Grupo “mesmo” de saúde mental remete ao sentido da doença.

4.1.5 Ana

Usuária do Hospital Dia

Superior Incompleto

Idade: 40 anos

Religião: Católica

No momento da entrevista Ana estava em tratamento no HD e iniciou seu relato apresentando as primeiras vivências em saúde mental por meio das suas recordações do período da faculdade, quando adoeceu.

Uma vida boa até... só parou quando eu larguei a faculdade. Aí foi quando eu fiquei doente. Embaralhou minhas ideias. Eu não parei a faculdade porque eu quis. Porque eu gostava do curso e tudo. Tanto que eu tentei fazer as “DPs” (*dependência*) que eu fiquei. Eu fiquei em três matérias de DP. Eu repeti por causa disso. Não passei pro terceiro ano. Mas aí juntou... foi mais por causa de pessoas. Como sempre... Porque pela faculdade, pelos professores, pelas matérias, eu gostava. De estudar e tudo. Só as pessoas, é que eu... problema. Mas, assim... sempre tem aquelas pessoas que não gosta de você, né? Inveja, ou sei lá o que. E acho que acabou me afetando, tanto que eu desisti da faculdade. Eu tranquei a matrícula. Tranquei porque eu não queria ir mais... porque... por causa das pessoas... Eu não sei exatamente quem é quem... que me deu uma prejudicadazinha assim... mais... Porque eu cheguei até a gostar de um rapaz da minha classe. Acho que uma delas percebeu, ou sei lá... Me... Não gostaram... Acho que deve tá gostando do rapaz, entendeu? Mas não teve... também não ficou comigo, nem percebeu que eu gostava dele. Então... Uma outra acho que foi lá... isso foi no segundo ano... Também não ficou mais eu acho que tava querendo ficar... Eu não sei contar direito... Que eu não contei nem pra minha mãe esse caso. Porque foi uma coisa assim muito rápida, mas mesmo assim é... prejudicaram. Não que fizeram mal pra mim. Essas coisas assim. Mandava bilhete. Coisa escrita assim? Não. Prejudicando... nada dessas coisas, mas sei lá de certa forma prejudicou num outro jeito. É difícil de eu falar dos “meuuus” sentimentos. (*risos*)... São complicado. Esse lado meu afetivo. Que é de amoroso, assim... Com uma coisa... que um garoto assim de eu gostar... Eu já gostei, desde os dez anos, eu comecei a gostar de garotos. Mas eu nunca fiquei assim... com um direito assim firme, sabe? Namorar mesmo, tal... nunca consegui. Ou os garotos só fugiam de mim, ou sei lá... eu nunca conseguia. Tinha garoto que queria namorar comigo, mas na escola. Eu às vezes não queria, porque eu sou centrada pra estudar, entendeu? Tinha muito limite. Eu mesmo sou limitada. Entendeu? Aí é difícil... [*R: E aí aconteceu isso a quanto tempo?*] Foi noventa e dois... faz a conta. É praticamente eu fiquei... aí foi quando tudo começou. Eu fiquei com depressão, eu fiquei eufórica, tirava a roupa. Ficava... ficava elétrica dia e noite. Sabe aquela coisa duzentos e vinte ficava ligada? Eu ficava dia e noite... não dormia direito. Não conseguia dormi. Não conseguia comer direito. Não conseguia... sabe? fazer nada. Isso ainda...Tudo lá em (*nome da cidade*). Aí meus pais me ajudaram... É comecei me tratar lá. Eu me trato já faz um bocado de ano. Vinte anos. Eu me trato... pra mim foi tempo jogado fora. Perdido. Fiquei **parada**, né? Parei no tempo.

Ana associa o adoecimento ao tempo perdido, e consegue identificar a dificuldade de falar dos próprios sentimentos e a ajuda que recebeu da família. Continua a descrição da sua

vivência na saúde mental, recortando a maneira como ficou sabendo do seu estado, o nome que poderia dar àquilo que vivenciava.

Fico muito mais triste. Do que... do que alegre. Por isso que eu tenho esse do TAB., né? Fico... É eu identifico. Até essa doença pra mim é nova. Que até então eu nem conhecia essa... Essa doença de transtorno. Foi em 2011. Tem quase dois... tem um ano e pouco que eu fiquei sabendo. Que a minha médica... enquanto eu fiquei com ela oito anos... só um ano antes é que ela falou o que eu tinha. Porque ela não tinha falado o que eu tinha. Ela acertou o remédio comigo. Mais não me falou o que eu tinha. *[R: E falar o que você tem. Você acha que te ajuda?]* Por um lado sim e outro não. É. Porque eu não gosto de ficar assim, doente. Eu quero ter a vida normal sem ficar doente. Igual eu tinha antes. Antes... de eu ter as primeiras... antes de eu largar a faculdade. Pra mim desde que começou tudo a... pra trás... pra mim, né? E como cai... *(risos)*. E cai fundo mesmo. Que eu cheguei a ficar fraca, de não conseguia nem comer. Nem botar comida na boca. Eu fiquei um... quase um palito, de... de... mal. Olha... Com Deus... meus pais ajudando. Cheguei a ir né lugares... assim... não é um centro bem assim... as pessoas que coisas com espírito, que dá banhos espirituais. Essas coisas. Eu fui num tanto de coisas... até voltar a consciência de novo. Voltar pra equilibrar de novo. Mas sempre com Deus e com fé que eu não queria morrer. Eu era muito nova pra... pra morrer. Então eu queria viver. Então fui buscar força pra eu levantar. E assim foi. Hoje eu estou muito melhor perto do que eu tava há vinte anos a trás...

Diante das diferentes experiências com auxílio de ajudas espirituais e tratamentos com vários médicos, Ana explicita o contato com o HD. Revela a maneira como chegou até a instituição, diferenciando-a de outros serviços de assistência que já havia frequentado.

É... no primeiro dia... É... que no primeiro dia que entrei aqui eu fiquei... atenta assim... que eu vim dum... também dum... tipo dum hospital dia... de saúde mental lá em *(nome da cidade)*. Porque eu sou de lá, né? Nasci lá. Então... eu não sabia direito. Agora meu médico, que é meu psiquiatra agora em *(nome da nova cidade que reside)* é o *(nome do médico)*. Aí ele me indicou para eu vim participar aqui do HD... que ia ser melhor... tal... pra eu me... que eu vim mais para me ressocializar. Assim, interagir com as pessoas, lidar com as pessoas. E... também da minha doença... O transtorno afetivo. [...] E to aqui... No primeiro dia também achei estranho. Porque eu fiquei internada quatro meses lá em *(nome da antiga cidade que morava)*. Não era bem assim igual esse. Era um HD, mas era um bem pequeno. Era pequeno. Só que as pessoas lá deixava a gente dopada com remédio. E as pessoas era meio... os pacientes... era tudo meio... meio assim... mais doentes até do que eu... Sabe? Mais problemas. E a gente ficava meio isolada, sabe? Eu não ficava conversando com um, com outro. Só com os médicos, psicólogos, terapeuta. Mais aí não tinha assim aquela coisa de ficar conversando com um, com outro. Vai falar... Agora aqui não... aqui já é diferente. Aqui além de ser paciente, conversa com os médicos, conversa com os... com tudo... com o geral, né? Com os profissionais todos. E... e com os pacientes também a gente conversa. Então é diferente, sabe? Eu me sinto aqui como se eu estivesse numa escola. Que aqui é um hospital escola, né? E eu me identifiquei como se eu estivesse numa escola. Não num hospital... Eu entendi por esse lado. Minha... minha opção. Passei ver por esse lado.

Ana diferencia o HD de outra instituição que também funcionava na modalidade de internação parcial, e enfoca a oportunidade de poder conversar, conviver com o “todo”, não apenas no formato de tratamento. Metaforicamente, atribui o sentido de uma escola ao HD. Mediante essa comparação, Ana expressa como percebeu as diferentes atividades grupais nesse novo contexto.

Eu entendo as atividades como se fosse aulas. Porque é bem diferente, né? Lógico, do que escola. Lógico. Eu penso assim. Porque se eu for pensar em hospital eu já nem viria. Porque eu tenho pavor de hospital... e... só penso que é hospital quando eu tomo remédio. Aí eu já sei que eu to no hospital mesmo. Não tem jeito... [...] uns fala mais da vida como o comunitário, fala mais da vida. Da... agora o outro? (pensa)... o sentido da vida. Como é a vida lá fora ou aqui dentro. Lá fora como você relaciona com as pessoas... com as pessoas... com a família, os parentes, os amigos. Então assim... a vida, né? Acontecendo a vida. Caminhando... A vida em si. Né? Viver mesmo. Agora o... o outro. Qual o outro grupo? Da parte das... que fala das doenças, né? Eu quero entender melhor essa doença. Pra mim é novo essa doença. Eu quero saber como que ela é direito. Como ela... já li até a respeito dessa doença... tudo, eu acho que tenho um pouco a ver com essa doença. Sim. Minhas manias, meu jeito assim...

Ana relaciona as atividades ao sentido de “aulas” e reconhece fazer essa aproximação para conseguir lidar melhor com o fato de estar em um hospital. Local que para ele remete a um sentido de pavor e resistência. Segundo essa caracterização, diferencia as atividades grupais em dois eixos centrais: a primeira relacionada ao GCSM, caracterizado como o grupo que “fala da vida”, “a vida em si”, e os grupos que falam das doenças, em que ela tem espaço para entender melhor o que ela sente (grupos de psicoeducação/operativos). Na sequência, Ana diz do aproveitamento que alcança nos grupos, mas um alcance que é associado à dificuldade encontrada para se colocar por meio da participação oral nesses espaços.

Algumas pessoas aí, acho que não aproveitam não, porque dormem nos grupos. Não fica... sabe? Quer sair do grupo toda hora. Sai do grupo. Eu acho que essas pessoas não aproveitam. Agora eu aproveito tudo. Não saio de nenhum do grupo. Participo de todos. Mas eu estou sempre no grupo. [...] Quando eu tô com os médicos residentes da psicoterapia de grupo, eu consigo falar assim naturalmente, às vezes... É. As outras vezes eu não sei. Eu prefiro ficar escutando. Nunca tô muito a vontade no grupo (risos)... Acho que nenhum grupos assim. Nem dos médicos, nem dos médicos... eu não fico muito à vontade. É... com os médicos...é mais assim... E também a turma da enfermagem, também eu tenho mais contato com eles todo o dia. Torna... fica mais fácil assim da gente conversar.

Ana atribui maior tranquilidade em se expressar, quando tem mais “contato”, no caso com as equipes que convive com frequência no serviço. Especificamente, sobre o GCSM Ana recorda o momento que uma amiga (outra usuária) conseguiu participar e comenta como se sente para se colocar nesse grupo, em específico.

Nós somos... eu sou muito amiga dela. Eu peguei uma amizade com ela. Gostei mais também por ela ter falado também... Porque ela também é muito quieta, que nem eu também... Ela foi corajosa, falar no grupo do (nome do coordenador do grupo)!! Eu achei que ela realmente tá se superando. Superando não, tá crescendo, sabe? Tá desenvolvendo. Assim... E eu achei que ela melhorou bastante. Também... Porque tem pessoas que eu não conheço lá também... Então, às vezes que eu fico também meia pra falar... A ideia eu entendo. Mais... aí é como eu falei. Lidar com pessoas diferentes, novas. Sei lá... eu... eu fico, eu fico desconfiada. Tendo essa desconfiança... Com coisa que eu não conheço. Descobrir o novo é... pra mim, é difícil... Ela... que ela melhorou. Que ela conseguiu falar num grupo que ela praticamente não fala. E resolveu falar. Eu acho **interessante**. Ela me surpreendeu. Também quando ela falou que ia falar alguma coisa no grupo do (nome do coordenador do grupo). Ela falou pra mim antes, antes de começar o grupo... Pela coragem dela. Eu acho. Até o próprio médico gostou.

O (*nome do coordenador*) gostou do que ela... do que ela falou. Eu acho isso muito bom. Mas eu não consigo pra eu só... coragem pra falar... Eu consigo falar mais fechado do que em grupo. Entendeu? Individual do que em grupo...

Para essa usuária, o trabalho em grupo é algo que demanda um esforço maior, atribuído pela dificuldade em lidar com pessoas, em especial no GCSM, onde frequentam diversos indivíduos que, inclusive, não integram o serviço. Por outro lado, a paciente diz compreender a ideia e admira quando alguém consegue ter a “coragem” de se expressar no grupo, sendo um sinal de melhora e crescimento. Diante desse reconhecimento, Ana detalha sobre a maneira que percebe a diversidade de componentes no GCSM, ou seja, a participação de profissionais e usuários juntos em um mesmo grupo.

Eu acho que a gente aprende mais. Compreende mais, escuta mais. Como é o caso que eu estou sendo... Eu sempre escuto de todo mundo... Coisas diferentes. Assim... de pensamento. Mais eu não sei te explicar... Vejo diferença... Que a médica sabe explicar mais. Ela fala bem... ela sabe colocar as palavras (*risos*) sabe... como é que se fala, os pensamentos certo... Assim sabe? Formou lá o que vai falar... tem, o que vai falar, Sabe? Organizar... Eu acho que os médico tudo bem que ela é ainda residente... Tá ainda... tá estudando mais. Tá especializando. Mais eu acho que os médicos sabe muito mais que a gente. Porque eles estudaram bem, sabe? Sobre mim eu acho que o médico não sabe tudo sobre mim. Cada uma pessoa é cada uma, né? Sabe de si. Mais eu sei que os médicos sabem até mais... da minha doença, por exemplo sabem mais do que eu mesma sei... Entendeu? Nesse sentido assim...

Ana percebe a diversidade como um fator que potencializa sua postura de quem escuta, aprende e compreende, mas identifica com mais clareza o lugar do “saber” entre os profissionais ao estabelecer que o médico “sabe” mais da doença dela do que ela própria e teria condições de falar os “pensamentos certos” no grupo.

4.1.6 Severino

Ex-Usuário do Hospital Dia

Escolaridade: Ensino Médio incompleto

Idade: 18 anos

Religião: Católica

Severino é um usuário de serviços de saúde mental que ficou internado por três meses no HD, mas no momento da entrevista havia acabado de receber alta, permanecendo em alguns grupos da instituição. Ele inicia nossa conversa contando sobre como percebe o cuidado consigo mesmo:

Porque... Sempre na hora de dormir. É meio coisa de criancinha mais eu ainda faço isso. Sempre peço saúde pra meus pais. Eles são tudo pra mim... Eu não ligo muito comigo assim não. Eu sou meio. Ah... Eu... Assim... Eu gosto. Eu tive melhor e tudo. Mais eu não ligo muito comigo não. Eu quero que eles fiquem bem... Agora, se, se pra eles ficar bem. Eu tenho que ficar bem, então eu vou ficar bem...

Severino retoma sua postura em relação ao cuidado que tem com os seus pais, relacionando que para que eles se sintam bem, ele também precisa ficar bem. Na sequência Severino compartilha como percebe a sua doença e a experiência de ter alucinações e o impacto que esse processo teve na sua vida.

Porque, que... Eu... sofro ainda muito com alucinações, essas coisas. Como é que eu vou te explicar? É uma coisa que eu não gosto de falar não. Não gosto de falar muito mais, é na verdade. Bem dizer. É ele comigo assim. Eu consigo ver. Ele tem olhos claros e... Ele é branco. Mais a pele meio amarelada. Ele é amarelo. Meio assim, tipo japonês. Tem o olho meio puxado. E o cabelo meio assim, (*passa a mão, referenciando ser liso*) mais ou menos. É. Ele parece com japonês. É parecido, igual. É. Atordoado. É porque... Ele é um amigo. Mais assim, é estranho, né? Ficar vendo assim... A gente acaba sentindo muito medo. Aí é onde eu não consigo dormir sozinho. Tenho que dormir com meus pais. É... Fico mais perto deles. Assim... É. Mais eu ainda não consigo falar não... Muita angustia assim. É... É assim. É... Antes dele morrer, ele... Ele era uma pessoa normal assim. E... Ele dizia coisas assim... É... Pessoas assim, mais superiores a ele, o caso assim que eu, que eu pensava... espírito assim, mais, mais forte, superiores a ele, mandava ele fazer coisas. Isso me deixava atordoado. Que eu não podia fazer nada. E ele chorava muito. E eu ficava dando crise, assim. Eu ficava muito triste. Chorava muito. Pras outras pessoas ele não é real... [...] Mais isso só quando eu fiquei muito... Tava muito assim, vamos dizer, doente.

Severino descreve a fisionomia da pessoa que supostamente via e que não era real, visão que provocava medo e atordoamento. Ele refere que sofria com “alucinações”, em um momento em que se julgava muito doente. A partir da dificuldade do adoecimento e da convivência com visões, discorre sobre a amizade conquistada no Hospital Dia, que para ele foi decisiva no tratamento que recebeu em suas diferentes etapas. No momento da entrevista considera a opção de ir ao Hospital Dia, mesmo em alta³¹, como uma possibilidade significativa em sua rotina, ainda que em apenas um dia da semana.

Pessoas assim. Não é porque eu tô com a senhora agora não. Mas pessoas assim como a senhora assim... É... Me ajuda muito conversando comigo É... as amizades que eu tenho aqui no hospital. Quanto mais eu puder vir aqui. É melhor pra mim. Eu chamo de, de... Um lugar de refúgio assim. É um refúgio pra mim. Porque da quarta pra frente. Eu fico contando as horas pra dar terça e eu... Eu tava aqui hoje era sete horas da manhã. Que eu queria vim. Que aqui na terça é que eu me sinto melhor.

A partir do reconhecimento do serviço como um lugar de refúgio, Severino continua o

³¹ No Hospital Dia dois grupos permitem que o usuário em alta retorne ao processo de cuidado: o GCSM e um de apoio específico a usuários com Transtorno Bipolar referido como grupo bipolar ou pelo nome do coordenador. Severino frequenta apenas o GCSM.

relato dizendo da experiência de internação em outros setores e do modo como avaliou a estada em cada um deles. Refere um incômodo pelo número de pessoas em alguns deles e a diversidade dos problemas, em especial, relacionados a usuários com problemas de abuso de substâncias químicas.

Assim. Eu só não gostei de ficar na (nome do setor)... Só não gostei de ficar lá porque... É... É um... Era uma mistura muito grande de pacientes. E aqui também... Mais era, ainda, menor... Assim, eu acho que é por capricho meu. Assim. Eu acho que era uma coisa assim, que eu não devia reclamar. Mais eu não gosto de... Tinha umas pessoas dependentes química, assim. E eu não gostava do ambiente que tinha assim. Entendeu?

Especificamente, em relação ao período de internação no Hospital Dia, Severino discorre sobre as atividades com que mais se identificou e gostou de desenvolver, ressaltando o engajamento e as sensações que proporcionaram, em especial, sua surpresa com as atividades de educação física.

Aqui no Hospital Dia pra mim. Nota dez. Todas as pessoas. Se eu pudesse internar de novo. Eu internava... (*riso*). Ah! Muito bom aqui. Grupo de TO. É... O de educação física, porque esse liberava... No começo eu não gosto, assim. Você fala... “Nossa! Um grupo de educação física...” Mais aí quando você começa fazer. Você começa a esquentar. Vixe você. Tinha um negócio que eu fazia, que, a gente tinha os dias de exercício, assim. Exercício contado. Flexões, essas coisas. Mais tinha dia que colocava a gente para dançar. A gente dançava, pulava, enrolava no chão. Aí depois tinha relaxamento. Era um dos melhores dia...

Ao longo do relato, Severino traz a atividade do Grupo Comunitário de Saúde Mental à parte, diferenciando-o das atividades que fazia quando estava internado. Revela a importância em dar continuidade na sua participação no GCSM e faz uma metáfora de como se sente ao fazer parte da atividade.

O Grupo Comunitário o povo é de fora... Porque eu ainda posso vir nele, e ele é assim... o Grupo Comunitário, acho que, ele só usa o Hospital Dia assim. Porque ele pode, ele pode dar certo em qualquer lugar, entendeu? É um grupo que, eu não classifico como grupo do Hospital Dia. Porque ele pode dar certo em qualquer lugar. Ah!! Deixa eu ver um jeito legal de te explicar. As coisas simples que acontece. Tipo, hoje mesmo. Peguei. Fui lá. Comprei dezoito pão de queijo. Trouxe pra cá. O (coordenador do Grupo) trouxe um saco, assim, de biscoito e gente trouxe bolo e todo mundo lá comendo, conversando. Essas coisinhas pequenas assim que acontece no grupo... Deixa um gostinho... Um gostinho igual gosto de fim de ano de escola. Quando você tá no fim de ano da escola e tá tudo meio vaziado assim... E, e todo mundo querendo ir embora. Querendo... Feliz que vai acabar. Esse gostinho de felicidade. Esse gostinho de fim de ano assim...

Severino compara a participação com um “gostinho de fim de ano de escola” [sic] uma possibilidade agradável possibilitada pela participação no GCSM, em especial pelas

“coisinhas pequenas” [sic] que consegue perceber. Ele continua seu relato apresentando as características percebidas no GCSM. Após discorrer sobre alguns aspectos agradáveis do grupo, como no trecho anterior, ele compartilha algo que percebe como desconfortável na atividade.

O Grupo Comunitário tem um defeito... Que eu acho positivo... Um gelo. O gelo que eu falo, é que a primeira parte é das poesias, das cartas, das músicas. E... E sempre dá aquele gelo no começo. Quem vai começar. Aí todo mundo fica quieto. Ninguém fala nada. Naquele dia... Eu... Aí... Aí quando... Isso sempre acontece comigo... Sempre acontece comigo. Hoje não aconteceu. Porque eu acho que... é que eu não trouxe nada. É... Eu vou pra falar, aí um fala na minha frente. Isso é a única coisa ruim que tem no Grupo Comunitário.

Severino percebe um incômodo com o silêncio inicial que ocorre no GCSM nomeado como “gelo” e que nessa situação às vezes tenta uma participação, mas outra pessoa o faz antes e isso é visto como desagradável. Na continuidade da conversa sobre o GCSM, Severino apresenta alguns dos momentos vividos, de modo a exemplificar a maneira como percebe sua participação e o que sentiu quando compartilhou algo seu para os outros.

O primeiro... Segundo Grupo Comunitário que eu vim, foi, foi mágico. Eu trouxe, foi o grupo que eu trouxe a música do (*nome do artista*). É... (*canta um trecho da música*) “Melhor viver meu bem, pois há algum lugar, em que o sol brilha pra você. Chorar, sorrir também e depois dançar na chuva, quando a chuva vem...”... Eu trazer a música e depois explicar, porque eu trouxe a música. Eu disse que. É... Que eu era muito rígido em questão de música. Que não era qualquer música que me fazia... que me fazia, vamos supor, mudar o sentimento, de eu tá com raiva e a música me fazer ficar feliz. Então a música, eu era muito crítico com a música. Aí eu falando isso... (*nome do coordenador*) gostou muito, e disse que isso é uma boa lição para os outros do grupo. Então foi um dia que eu mais me gratifiquei assim, me senti bem de tá ajudando os outros. Eu... Eu... Eu levei as músicas que eu conhecia e tudo... Fez bem pra mim. E vai fazer pra outros. Não se pode saber, **que vai fazer**... Meio que na marra, entende? Eu acreditava que ia. E eu acho que deu certo.

Severino reconhece no GCSM uma possibilidade de colaborar com o outro a partir de algo de que gosta e compartilha. Diante desse reconhecimento, traça uma distinção de como se sente em atendimentos em grupo e em formato individual.

Hum... No individual, assim vamos supor, como a gente tá aqui. Eu sinto bem mais a vontade. Assim. A gente ri junto, do que a gente riu. Essas coisas. Eu conto um pouquinho mais das coisas, mais à vontade. Mas no grupo lá fora, eu dou mais pras pessoas, tem isso. Aí me vem a gratificação. Então, pra mim dá na mesma, entende? Aqui eu me sinto mais confortável e exponho mais. Mais lá em conjunto, eu recebo e doo mais pras pessoas. E me vem a gratificação. Que pra mim é uma coisa muito boa... Importante, porque a gratificação que, que a gente ganha por ter ajudado o outro e a experiência que a gente ganha do outro é muito boa, e dura mais...

Severino expressa sobre os diferentes benefícios que observa no contexto de atendimento individual e grupal, entendendo que apesar de se sentir mais à vontade individualmente, estar em grupo permite ganhos duradouros e importantes pelo

enriquecimento ao receber as experiências das pessoas, bem como por doar-se e, com isso, poder colaborar com alguém. Severino compartilha outra vivência, nesse momento, na posição de quem recebeu de alguém um relato marcante e que o fez guardar como algo reflexivo para sua própria história:

Uma coisa que me marcou foi... Foi quando... Acho que... Acho que você escutou a história. Era uma história assim. Tinha o... O filho de uma mulher tava indo pra balada, sabe? Esses playboyzinhos, sabe? E ele tava dirigindo o carro. Tinha um na frente com ele e três meninas atrás, tava cheio. O carro cheio. Aí ele já, já vinha bêbado. E a mãe dele tinha acabado de fazer compra. E ela esqueceu três cartelas de ovos no porta mala do carro. E ela disse pro filho dela. “Vai com Deus. Meu filho”. Aí ele disse: “Só se ele for no porta mala. Porque aqui tá cheio”. Aí deu que ele sofreu um acidente. Todos morreram. Aí quando abriram o porta mala, as três cartelas de ovos tavam lá intactas. Não lembro quem contou a história. Mais foi a que mais me marcou. Porque eu já confrontei muito minha mãe, assim. O meu pai, de coisas como não tomar remédio. Não quero tomar remédio. Não gosto de tomar remédio. É... Querer alguma coisa assim e... E eles não dar. Porque no momento eu não to trabalhando. Não tenho dinheiro. Aí a gente vai pedir pro pai ou pra mãe. E eles não tem pra dar, não tem mesmo, não tem como dar. E a gente fica chateado. E às vezes até sem razão, briga ou desacata o pai ou a mãe. Isso me... me... Eu vi que eu fiz isso.

Severino compartilha, ainda, sobre as dificuldades de participação de usuários em relação à presença dos profissionais, quando todos estão no grupo como participantes. Analisa que há uma leitura do usuário em relação ao profissional, em especial ao médico, que colabora com uma postura passiva diante do adoecimento e da atividade.

Mais há pacientes que estão entregues a doença. Então eles se.... Eles se rebaixam assim um pouco aos médicos, pra ter alguém que, não ajude eles, mais que passe a mão na cabeça. Entende? Eles se acomodam. Então é uma coisa. É uma coisa que eu acho que uma coisa feia mais... Uma coisa feia que eu já fiz. Por isso que eu tô dizendo. Eu já fiquei sem olhar pra nenhum lado. Pra... Já fiquei... é... semanas sem falar nada no grupo. Fazendo tipinho. É porque, porque, pra olharem pra mim. Pra darem atenção pra mim. Era foninho na orelha e... Rock, rock e rock. Porque se a pessoa tem vontade e o, junto com a ajuda, ela vai crescer, ela vai subir. E ela vai reagir. E ela vai ficar no nível de falar no grupo igualmente a um médico ou qualquer outra pessoa. Despertei um pouco na história do ovo. Ou um pouco pela, pela minha mãe, pelo meu pai. Um pouco pelo, pelo, pela ajuda oferecida, porque, porque uma pessoa oferecendo ajuda do jeito que me ofereceram. Não é... É mal educado não aceitar. (*risos*)

Severino finaliza com a indicação da conquista de uma melhora, reconhecendo-a ligada às diversas frentes de ajudas recebidas, as quais perpassaram a família, o grupo e o serviço de atenção em saúde mental.

4.1.7 Márcia

Familiar de ex-usuário

Escolaridade: Superior Completo

Idade: 64 anos

Religião: Espírita

Márcia é mãe de um usuário que estava em alta no momento em que ocorreu a entrevista. Começou a relatar sua história compartilhando sobre o início do adoecimento do filho, ainda menor, e sua trajetória contínua pelos serviços.

[...] Em novembro de 2008 o menino foi diagnosticado como bipolar. Meu filho... Aí a gente perde o chão. Perde o boi, a carrocinha, perde tudo, né? E aí começamos a procurar. A buscar. Estudar. Ler. Entramos na internet. Compramos livros. A minha psicóloga, que eu já fazia terapia. A minha psicóloga, é... é... me deu livros pra ler sobre bipolaridade, depoimentos de bipolares e tal. E assim foi. Mais... esse tratamento começou... no início ele fez tratamento com uma... médica que era do (*nome do hospital*). Porque ela era pediatra e psiquiatra. Como ele tinha treze anos de idade só, então me indicaram essa pessoa. A gente começou fazer particular. Aí ficamos com ela uns seis meses mais ou menos. Aí ela foi transferida para o hospício de (*nome da cidade*). E aí... Eu falei “então vamos tentar pelo (*nome de outra instituição*).” Mais não deu certo... Porque... no ano seguinte ao diagnóstico dele, ele tentou suicídio, ficou internado na UTI, três dias. Aí depois teve que passar pro quarto e aguardar. Porque a outra médica se negou a ir lá pra ir ver ele... Que ela falou que não fazia esse tipo de serviço. Não atendia em hospital. Era só consultório. Aí eu fiz um BO... e... procurei uma outra pessoa. Aí começamos com o (*nome do outro médico*) e tamo com ele até hoje. Desde 2009... Ele é muito legal. Ele conseguiu fazer o (*nome do filho*) ir para academia. Fazer exercício. Ele tem filhos adolescentes também. Ele conversa bastante durante a consulta e tal. Mais aí... Ele foi diagnosticado com treze. Com quatorze ele tentou suicídio. Ele tomou todas as... ele tomou, acho que uns trezentos e sessenta comprimidos. Diazepan, carbolitium. É... é... é... aquele outro, Aldol. Aí depois fomo pra casa do meu sogro. Ele teve dois surto. E aí tivemos que voltar correndo com ele. Foi horrível. Aí ele entrou nessa coisa toda e aí acabou sendo internado. E ficamos rodando nisso. Por fim eu tentei de tudo. Liguei pro (*nome de uma instituição referência*) um monte de vez. Fui não sei o que... procurei. Peguei o telefone. Disquei tudo quanto é hospital por perto, pra ver se conseguia alguma coisa. Eu falei... “Não. não vou internar em qualquer lugar também.” Fui até em (*nome da cidade*). Pra ver... aquele sanatório lá. Só que o problema, é que eles não internam menor de idade. Aí foi pra (*unidade de emergência de uma instituição*). E eu naquela aflição. Porque era a primeira internação psiquiátrica dele. Eu com aquela apreensão... Apanhava pra burro. No começo eu revidava. Aí ele cacetava mais. Depois que ele foi diagnosticado. Aí eu parei de agredir. Aí quando ele vinha. Eu abraçava ele...beijava...beijava...ele amolecia. Até eu falei isso várias vezes no grupo. Que... que a gente aprendeu que não adianta agredir. Só amor pra conseguir contornar a situação. Não tem... Não tem outra alternativa.

Márcia ao mesmo tempo em que informa a parte prática da busca pelos serviços especializados, mescla o relato com o aprendizado pessoal e os dilemas para lidar com as agressões do filho. Conta em seguida, a maneira como imagina que o filho desenvolveu o quadro da bipolaridade, juntamente às alternativas que ela buscava para melhor atendê-lo em suas necessidades de cuidado.

[...] Na realidade, eu acho o que mais foi que... é... é... estimulou a... a... desencadeou mesmo a bipolaridade, o surto que ele teve, foi o uso da droga. Ele já tava numa maniazinha. Aí... o trem encavalou... Saiu do (*nome do hospital*). Isso foi... é... no começo do ano. Aí é... é... quando foi em março. E ele pedindo. Eu falava “Gente não tem condição de mandar ele, num serviço de hospital dia, alguma coisa assim.” A resposta que me deram foi. “Não.” Isso o pessoal do CAPS. “Não”. Eu falei: “No CAPS pelo menos. Participar das atividades?”. “Não. Bipolar é uma pessoa normal. Ele tem que ter vida normal”. Eu falei. “Sim. Quando ele não está em surto. Quando ele está equilibrado.” Até então eu nem sabia direito a respeito da bipolaridade. Mais a minha ideia na cabeça... É quando tá controlado: “Tudo bem”, mais quando não tá. E aí não teve jeito. Não deixaram. Aí nessa internação.

Deram alta rapidinho... Quando foi logo depois do carnaval, ele internou de novo. Aí ficou internado no (*nome de outra instituição*).

Com a negativa de internação parcial do filho, Márcia recorda as experiências em algumas das situações de internação total. Relata os conteúdos das falas do filho e a sua esfera pessoal ao longo desse processo como acompanhante.

Ele tava sentado num cadeirão assim. Que nem esse. Com aquela roupinha do hospital. Olhou pra mim, e falou assim. “Me tira daqui. Eu tô ficando louco...”. “Me tira daqui que eu vou matar um... Eu tava tomando banho. Um cara entrou e foi cagar no banheiro”. Vê se pode... “Eu mato um aqui. Pelo amor de Deus. O outro só fica... Sangue de Jesus tem poder... Sangue de Jesus tem poder... Sangue de Jesus... Eu estou ficando louco. E eu não aguento. Eu vou matar um...” “Ei filho. Calma bem, calma”. Sentava do lado dele. Peguei a mão dele. Ele falou: “Mãe você não vai me tirar daqui”. Eu falei. “Não, meu filho. Você não pode sair daqui agora. Calma. Eu estou vendo uma internação pra você lá no (*nome de um outro hospital*). Lá é mais tranquilo. Você fica mais... Fica tranquilo.” Que ele tava numa (*nome de outro setor da instituição*) lá... Eu e ele. Ai a... Eu falei. “Pode ficar tranquilo. Eu vou ficar aqui com você. Você tem direito a acompanhante. Eu vou me internar junto com você. Você fica tranquilo”. “Não mãe, eu tô dizendo. Eu tô avisando. Eu vou matar um aqui. Vocês não vão me tirar mesmo daqui?” Catou a roupa, aquele tecido grosso de... de coisa e (*faz barulho de rasgar*) Se rasgou tudo. Uma força descomunal. E começou. E começou, puxa...eu gritei. Chama lá. Aí vem tum...Aldol de novo...

Márcia relata que viveu ao longo de seis anos um cenário de contínuas internações e altas do filho, expondo a maneira que se deu o contato com o HD e o alívio frente à possibilidade de inclusão do familiar em um serviço, tido por ela, como um espaço de interação social.

No (*nome da instituição*)... Aí, Aí, o (*nome do médico*) que tava atendendo ele lá... Quando foi na semana que ia dar alta ele me chamou. Sentou lá no refeitório. Ficou conversando comigo. Ele falou. “Olha. Eu tô pensando em encaminhar o (*nome do filho*) pro Hospital Dia.” Eu falei. “Você tem namorada? Porque eu vou te dar um beijo na boca”. Eu falei. “Por caridade... Tudo que eu mais quero na vida, é que meu filho vá para um serviço, onde ele tenha... Núcleos terapêuticos. Onde ele tenha interação social com as pessoas. Porque ele não pode... Não tem condições pra ele ir da escola e voltar pra casa. Da escola e voltar pra casa. Que ele perca esse ano de escola. Não tem problema algum. Isso ele recupera depois”. Aí ele mandou pra cá. Aí passou o carnaval. Essa internação foi depois do carnaval. Aí nós viemos pra cá. Pela primeira vez. Quando chegou aqui... 2010. Aí ele ficou aqui. E aí... foi que a gente foi apresentado pros grupo.

Márcia aponta como imaginava o que iria encontrar nesse novo espaço em relação às internações anteriores do filho, relembrando as informações que recebeu quando chegou ao HD. Nessa oportunidade foi convidada a participar de algumas atividades grupais, na qualidade de familiar.

Então. É... eu achava que eu fosse encontrar aqui... Que o que ele precisava era disso. De tentar interagir com iguais. Porque na internação breve. Aonde ele ficou aí na, no (*nome da instituição*), realmente é um confinamento. Se quer, tinha jogos... Não tinha um fisioterapeuta. Porque do outro

lado. Na outra ala. Na internação mais longa. Aí tem, entendeu? De vez em quando eles chamava a gente pra ver um filme. Umas coisa assim. O que tinha era uma TV na sala da...da refeição. O pessoal ia lá na hora que queria e tal... Aí de vez em quando. Quando tem disponibilidade da enfermagem. Eles descem pra ficar ali em baixo. Os que tem melhor condição. Descem pra ficar no jardim lá em baixo. Tomando um sol. Papeando um pouco e tal. Mais é tipo assim. Uma vez por semana. Quando dá. Então ele precisava assim, de realmente interagir. Com orientação dirigida. Que é o que eu imaginava. Que existiria no Hospital Dia... Então. Aí a (*profissional do HD*), já no primeiro dia: “Olha. Nós temos os grupos. Dia de quarta feira tem um grupo pra família que é uma coisa muito legal. O apoio familiar... Vocês vêm aqui. Vocês trocam experiências de vocês. Aprendem um pouco mais a respeito da própria doença. Tem o grupo da terça feira do (*nome do organizador*). Que é um grupo comunitário, aberto. Pra você ter um outro olhar pra vida... Que aí os pacientes participam junto. E no grupo familiar, uma vez por mês, a gente junta os familiares com os pacientes... E é muito legal. Então seria muito legal se você pudesse vir.” Eu falei. “Pode ficar tranquila. Que eu vou ser arroz de festa aqui dentro.” Então eu venho na terça. Venho na quarta pro grupo de família. E venho na quinta no grupo de bipolar.

Márcia viu a oportunidade de tratamento no HD, como uma oportunidade tão esperada para o filho, e, desde então, participa das atividades, que angariam um significado pessoal para Márcia, na qualidade de uma pessoa que convivia em serviços de saúde e que já reconhecía a importância desses trabalhos.

A gente sabe a potência do grupo, pra modificar uma pessoa. Porque a gente trabalhava assim lá na (*local onde trabalhava*). Tentando a modificação do ser humano, que tá trabalhando no serviço... Entendeu? E não só simplesmente, ficar despejando conteúdos na pessoa. E era muito positivo. Até hoje. Então. A gente acreditava. A gente via a mudança das pessoas.

Em sequência, Márcia comenta sobre as diferenças entre os grupos que ainda integra no HD, descrevendo a experiência em cada uma das modalidades.

O Grupo Comunitário, apesar de ter muita coisa emocionante, é um grupo que te levanta mais, é um grupo onde eu venho assim... Buscar força, sabe? Alegria de viver. Pra mim o Grupo Comunitário me dá alegria de viver. Ontem à noite eu tava muito baqueada. Porque com todas essas coisas acontecendo... Até a vida familiar da gente fica comprometida. Aqui no Grupo Comunitário. Eu... eu olho... Eu consigo olhar pra mim, e vê que eu não posso ser a coitadinha, entendeu? Porque a vida é alegre. A vida é bonita. E eu tenho que olhar pra isso. Pra poder encontrar força pra continuar vivendo. [...] Aí é que tá o legal do Grupo Comunitário. Porque tem momentos que você tem uma emoção muito grande. Eu choro, nem uma, nem duas, nem três vezes não, no Grupo Comunitário, entendeu? Hoje até que eu não chorei. Mais na hora que contou aquela historia do... que eu lembrei. Me deu uma emoção tão grande daquilo. Que eu fiquei pensando. Uma criança desenhar a figura da mãe, que ela não tem mais. E deitar naquilo querendo o colinho dela. Que é que nem eu faço com a minha, que já não tá mais comigo também. Que eu penso que eu tô abra... agarradinha nela, pensando nela. Então penso na minha bá... me abraçando, me beijando. Me dando um caldinho quente, uma coisinha gostosa. Que as vezes eu tenho necessidade de comida gostosa. Que é pro cê sentir que tá entrando alguma coisa dentro. Entendeu? E o Grupo Comunitário me dá isso. É como se eu tivesse comendo alguma coisa gostosa. Entendeu? Apesar de muitas vezes ter coisa muito sofrida e muitos... de muita emoção. Muito carregada. Porque tem os dois lados. Quando você termina o grupo. Tá todo mundo mais leve. Todo mundo mais legal. Já o grupo da quarta feira. Que é o grupo (*fala o nome do outro grupo*), é muito mais choradeira. Assim, porque lá a gente rasga o coração e conta coisas que aconteceu no dia a dia. Porque aqui nem sempre a gente trás a vivência negativa por assim dizer. O que emociona muito, o que as vezes é triste. A gente traz. Mas por exemplo, as violência do dia a dia, as coisa... Não vem tanto no Grupo Comunitário. [...] Eu até chorei quando eu vinha pra cá e tal. Mais você tem que parar pra olhar, pra ver, pra não sei o que. Pra se alimentar. Pra sentir que tá comendo uma coisa legal. Então o Grupo Comunitário pra mim é de uma riqueza, que não tem tamanho. Por conta disso. E o grupo (*nome do outro grupo*) te dá apoio mesmo. Inclusive nas coisas técnicas. Com relação ao tratamento da pessoa também.

Márcia delinea o benefício encontrado no GCSM como um exercício de “parar pra olhar, pra ver” de encontrar um alimento para a vida, um significado e uma recordação que sustente as asperezas, enquanto o outro grupo que frequenta na quarta feira, fornece o apoio ao familiar, discorrendo sobre as questões técnicas em relação ao tratamento. Ao longo da entrevista continua o relato dos aspectos que entende como sinalizadores da potência do GCSM, propondo uma diferenciação entre Grupo Comunitário que ocorre semanalmente no HD e o Encontro Anual do Grupo Comunitário.

O ponto alto é o próprio grupo. (*risos*) As pessoas. Porque é uma riqueza assim. É o que eu falo. Quando tem um Encontro Anual, que o (nome do organizador) faz e aí vem gente até do exterior, gente de Belo Horizonte, gente de não sei da onde, e ele com aquela alegria de poder mostrar o Grupo Comunitário. Eu falo. “Ai que dó, tadinho”, porque não é o mesmo grupo. Porque o Grupo Comunitário é esse aqui. É o que acontece aqui na terça feira, entendeu? Com os paciente junto, fazendo aquela coisa doméstica, do interior mesmo, entendeu? Porque lá é uma coisa formal. Lógico. É um simpósio, é um seminário, né? Então você mostra a proposta. Mais a vivência da proposta tem que ser no dia a dia. Não tenta... não adianta eu falar do Grupo Comunitário pra alguém. A pessoa tem que vim ver ele. Tem que viver ele aqui. É diferente. Então eu acho que o ponto alto é o próprio grupo. São as pessoas que tão ali e aprender que as pessoas tem as diferenças e tem diferentes olhares. E tem vidas diferentes, tem vivências diferentes.

O potencial do GCSM para Márcia está no exercício semanal, onde se permite aprofundar na vivência do cotidiano das pessoas refletido no grupo. Em seguida, Márcia, explicita sobre a diversidade de participação no GCSM em termos de composição e o que aparece como algo a ser melhorado, segundo a participante.

Acho que o Grupo Comunitário é pra todo mundo, pra todo mundo. Até pra paciente que tá malzão mesmo. O que puder aproveitar é benéfico. É claro que se tiver surto de violência. Não sei o que. Vai conturbar muito. Vai prejudicar os outros. Por exemplo, hoje a (nome de um paciente) tava dormindo. Roncou e tal. (nome do organizador do grupo) pediu pra ela sair. E... e... coisar. Lavar o rosto. Mais é pra todo mundo. Um dia acorda! O (nome do filho) quando tava internado, só dormia. Ele vinha de capuz, de coisa de lã, capuz, boné, óculos escuro. E dormia (*imita ronco*). Eu dava tanto cutucão nele. “Respeita”. Ele acaba aproveitando. Eu acho que o ponto fraco é a gente, quando não da conta de vir, entendeu? Eu acho que no Grupo Comunitário, às vezes falta um pouco do profissional do HD. Fora os médicos. Porque os médicos vem, tem os horário deles. Atende, conversa. Fazem as entrevistas e tal. E vão embora. Participam dos grupos e vão embora. Mais o funcionário do HD. Aqueles que passam o dia a dia com eles aqui. Entendeu? Que nem sempre o médico passa. Por exemplo, enfermagem, a psicologia. O... a assistente social. Se eles participassem mais ativamente desse grupo. Que eles teriam como tá observando e depois estar tentando estimular os pacientes. Porque eles não percebem isso. Não tão ali pra ver...

Márcia reconhece a importância de maior participação de outros funcionários do HD no GCSM, que não apenas os médicos residentes. Julga que a participação desses profissionais representa mais uma oportunidade para observação e estímulo dos usuários à

melhora, dimensionando uma função para a participação dessas pessoas. Márcia encerra com relatos sobre as mudanças que observou ao longo da sua participação no GCSM, em especial, na figura do coordenador.

Ah eu acho a única coisa diretiva é assim. Então vamos fazer nossa primeira parte. Aí faz a primeira parte. Então vamos fazer a segunda parte. Aliás o (*nome do organizador*) desde que começou pra... até agora. Ele mudou demais da conta. Ele era muito mais diretivo. Ele era bem mais. Que agora ele tá mais assim. Ele solta uma piada, entendeu? Ele sorri com todo mundo. Ele tá mais do grupo. A sensação que eu tenho que ele tinha. Às vezes eu até comentava com (*nome do marido*). Aí eu falava. A sensação que a gente tinha, é que ele ficava assim, apavorado. “O quê que eu vou fazer agora?” Pra manter esse grupo. Pra coisa fluir. Pra não sei o que, entendeu? Assim, se... se... impondo. Ter uma atitude para que o grupo acontecesse. Aí que é a coisa vai acontecendo. Eu acho que até pra ele, tá sendo muito legal isso...

A construção processual do GCSM é percebida por Márcia e exemplificada na participação do coordenador que parece “mais do grupo” [sic] do que anteriormente. Para ela, o grupo está num estado de aprimoramento constante, o que vem ao encontro da história dessa metodologia.

4.1.8 Fábria

Familiar de usuário

Escolaridade: Ensino fundamental

Idade: 39 anos

Religião: Evangélica

Fábria, mãe de um usuário em tratamento no HD, inicia a entrevista com relatos da história pessoal do filho, ainda na infância, associando as dificuldades pessoais em compreender a situação, quando apareceram os primeiros indícios de adoecimento.

Ele começou com sete anos a mudar o comportamento, a chorar demais além do normal. Há onze anos. Além do normal que uma criança é, né? A chorar demais sem motivo nenhum. É... Voltou a fazer xixi na roupa. Coisa que ele... Não sabe fazer cocô, sabe? Voltou tudo. Aí começou a conversar sozinho com, né? E ouvir vozes. Então isso... Eu tinha separado tinha cinco anos. Quando eu me separei dele. Do pai dele. Né? Então não sei se isso. Aí ficou aquela confusão pra gente. Não sabia se ficava... Se foi... foi a separação. Aí foi... Aí perdeu interesse por tudo. Tudo. Tudo. Começou a quebrar tudo. Brinquedo ele brincava. Virava descartável. Ele ia lá e quebrava. Mudou tudo. A vida dele era a gente, né? Aí começou a chamar atenção do pessoal da escola. Ele era muito inteligente. Ele não fez nem o pré. Eles já aproveitaram ele na primeira série. Aprendeu a ler e escrever muito cedo. Ele foi alfabetizado cedo, né? Aí começou ter esses comportamento assim. Aí o pessoal passou... tem uma coisa errada. Da escola, né? Porque mudou em casa, mudou na escola também. Ah eu não quero mais contato com as meni... com as meninas, com as crianças. Foi muito confuso. [...] Aí a gente foi e conversou com essa psicóloga. Ela chama (*nome da psicóloga*). Hoje ela mora em (*nome da cidade*). É... Aí... passei tudo pra ela o que tinha. O que tava acontecendo. Como ele era antes. Tudo. Aí ela ficou mais ou menos, uns quatro meses, cinco meses, avaliando ele. O pediatra junto, né? Aí até que eles chegaram numa conclusão que falou. Aí pelos desenhos que ele fazia na época. O pediatra da.... Acho que ele era professor aqui. Não sei. Ele ainda falou: “Olha esse menino tá psicótico”. Ele vai

fazer besteira pelos desenhos. Eu não vi. Pra mim desenho é tudo igual. Eu não tava entendendo era nada, né?

Diante da situação do filho, Fábيا não compreendia inicialmente a profundidade do problema, e ampliou essa percepção na medida em que houve a necessidade de internação do familiar.

Ele foi contido lá. Ele foi amarrado. Então isso marcou muito pra ele. Então a partir daí ele começou a passar a esconder muita coisa. Aí o médico tinha falado pra mim. Eu falei. Ai gente. Qualquer outra coisa mais (*nome da instituição que foi contido*) de novo não. Ele não vai. Uma que ele não ia aceitar. Porque ele. Primeira coisa que vem na cabeça dele o de ser contido. Eu falei vai dar trabalho. Eu não quero ver meu filho ser amarrado de novo. Isso não foi uma coisa que... Nós nunca esperava que isso ia... Sabe? Ele já tinha falado, né? Que podia isso acontecer e tudo. Mais você saber é uma coisa. Mais você presenciar é outra coisa, né? O sentimento muda, né? Então. Nossa. Isso foi muito horrível pra mim. Imagina pra ele. Foi em (*ano da internação*). Ele internou em (*ano*) lá, né? Em outubro e saiu em fevereiro de (*ano*).

Fábيا compartilha o incômodo em presenciar a contenção filho, e a negativa em novamente vivenciar essa experiência na instituição onde ele ficou internado por quatro meses. No processo de alta e internação posterior, Fábيا relata como teve contato com o HD.

Ficou seis meses lá em baixo. Também fiquei seis meses. Aí depois uns três, quatro meses com o pessoal aqui. Fiquei na (*setor do hospital*) quinze dias. Aí eu fui pra casa e ficou uma semana. Porque não tinha vaga, né? Aí chamou. E nós voltamos de novo. Então ele não tava assim muito bem, muito bem de novo, né? Tava com uns pensamentos ruins. Ele continua. Mais aí consegue a chegar a lugar nenhum, né? E não se cuidava. Ficando agressivo de novo, né? Aí o pessoal tinha até comentado comigo da (*nome do local onde foi contido*). Falei: “Não”. Eu não quero. Porque ele ficou seis meses, ele saiu pior do que ele entrou. E ninguém conseguiu fazer nada por ele assim. Mexer na medicação. Ao contrario tiraram quase todas as medicação que ele tava. Que o (*nome do filho*) esconde sintomas. Eu acho. Esconde. [...] Ele tá aqui vai fazer quatro meses. Mais ele já chegou ni mim, já falou. E já falou pra (*nome do profissional do HD*) dele, que ele tem mais vínculo, que ele tá aqui e mais que nada disso faz sentido pra ele, que resolva o problema dele. Não vai resolver. Que nem o (*nome do médico residente*). Fica aqui à toa. Tem que vim por causa de mim. Porque eu insisto. Que eu chamo ele todo dia. Que a vida dele desse jeito tá bom.

A priori, Fábيا apresenta a descrença do filho em relação ao tratamento no HD, indicando a maneira como ele expressa indiferença diante das atividades, por outro lado demonstra que ela insiste na continuidade do tratamento dele. Apesar da dificuldade relatada inicialmente, Fábيا identifica alguma possibilidade nesse espaço, mediante o que escutou de outros usuários sobre a participação do filho.

Os paciente que sai falando: “Hoje (*nome do filho*) conversou. Hoje (*nome do filho*) falou isso. Hoje (*nome do filho*) falou aquilo”. Mais assim, tudo que ele fala, quando ele participa. Ele fala... Ele fala todas as coisas que já viveu no passado. Há dez anos atrás. Que ele vem passando, sabe? De banho. Os pensamentos. O sofrimento dele. É o que eu falei que até então, ninguém conseguia tirar isso dele aqui. Nos atendimento, nem nada. Ele sempre se fechava. Quando que falava, ele ficava bravo... Tinha que parar de falar. Ele saia da sala, do atendimento do psiquiatra, né? Tão importante, que aqui ele

conseguiu falar muita coisa. Tem muita coisa a ser falada.

Na sequência da entrevista, Fábيا começa a relatar sua participação nas atividades no HD, compartilhando em quais momentos está presente e como percebe cada uma delas.

É só os de terça e o de quarta feira. Assim, o comunitário. O de terça feira é o comunitário, que a gente participa. E o de quarta é o (*nome do grupo*). É. Só a família. Tem também aquilo que eu te falei do (*nome do profissional*) quarta feira, todo mês também. Esse é a mesma coisa, a gente fala, só que ali naquela hora os pacientes tão presentes, tá ouvindo o que a gente tá falando, né? Participa todo mundo junto. Os médicos, os pacientes e familiares. Muitas vezes, vai eu e mais uma. Teve uma vez que tava só eu. No de família vem só a gente. Os pacientes não tá ali. Não sabe a conversa que tá rolando ali. Sabe que tá falando alguma coisa deles mais... E a função do grupo de família é falar da gente. Mais no fim, a gente fala da gente, mais no fim sempre a gente acaba comentando do familiar, né? Que tá doente... O grupo de família. Que é só família. Eu falo muito, né? No grupo comunitário às vezes eu tenho vontade de falar. Mais nem... Hoje eu tinha muita coisa pra falar. Mais não vou falar não. Como é que eu vou falar alguma besteira. Vou falar errado... Mais aí eu fiquei quieta. Nesse eu não falei nada ainda não. Acho que não falei nada ainda não...

Fábيا apresenta a distinção entre os grupos pelo critério da fala. No de família ela já participou comentando sobre o filho e ela mesma, no comunitário ainda não, pois é muito crítica em relação a si mesma. Destaca que no grupo só com familiares sente-se mais à vontade, o espaço é para eles, e os temas acabam abordando o familiar adoecido. Em seguida, busca fornecer um detalhamento sobre o GCSM e as motivações que a levaram a ficar em silêncio.

Às vezes eles falam de coisas que a gente também passa, né? Tá passando às vezes, naquele momento ou passou no anterior. De amizade. Essas coisas. Então muitas vezes tem muito disso, né? Nos grupos, né? (*refere aos encontros do GCSM*) O que aconteceu. Uma experiência que aconteceu uns dias antes com alguém ou consigo mesmo, né? Então isso... Eu acho importante, né? Também, às vezes. É uma coisa também que a gente quer falar alguns assuntos. Mais eu não sei se é a seriedade dele (*refere ao organizador*) que me trava. Eu (*risos*)... Que eu sou sempre de tá brincando, rindo. Então eu me descontraio, né? [...] Eu acho que é alguns assuntos que eu não acho muito interessante não. Assim. Quero assim... Pode ser pra mim. Pros pacientes. Que às vezes o paciente fala pra mim, né? Sabe essas coisas? Eu nunca falo nada do que eu acho, né? Pra não desencorajar eles. De repente, né? O assunto que você falou isso. Eu não sou ninguém. Eu só sou... Ah... As vezes... Porque livro. Ninguém muito tem o hábito, né? De ler, né? Muitos pacientes, Muitos que tão ali, não tem nada. Eu não tenho hábito, né? Já tive muito isso. Mais muito tempo atrás. Então eu não tenho hábito. Tem coisas que você nem, não entende. Começa o... Nesse assunto não tem nada a ver. Porque eu não entendo. Fala de, de, ator... Gente... Dos atores do livro ali. Nem sei como fala isso. O que escreve lá... As vezes eles falam muito de assistir televisão. De ver alguma coisa que chamou atenção. Então como eu não tenho muito tempo de assistir televisão e quando eu vou assistir eu durmo. Não tenho assunto pra falar. Que nem hoje tinha bastante coisa assim que... De música até ponho pra escutar. Mais as músicas que eu, que as vezes eu ponho pra escutar, não tem nada a ver da gente falar. Que é música evangélica. Que eu gosto, né? Maioria das vezes são esses assuntos, né? A (*nome de uma participante*) trás muito assunto de internet. A gente nem computador tem. Eu vou entrar num assunto desse. Vou falar o que? Falar besteira. Eu guardo tudo. Porque assim, tem umas mensagens muito legal... Que às vezes acontece no dia a dia da gente mesmo, né? Não aconteceu aquele dia mais esse acontece, né? Então a gente lembra dos folhetinhos. Mais assim. Ela fala tirei esse na internet. É isso. É aquilo. Nem computador eu tenho, né?

O GCSM por sua vez, foi associado a um espaço em que Fábria fica intimidada a falar alguma coisa “errada”. Detalhou essa dificuldade, apontando alguns dos entraves que julga limitar sua participação, entre eles está a pouca leitura, a desvalorização das músicas que escuta, a falta de contato com temas da internet e ainda, a “seriedade” vista na figura do coordenador. Apesar da dificuldade, exhibe algumas das situações que a teriam levado a participar no GCSM, pela via da fala.

Mais aí eu fiquei quieta. Nesse eu não falei nada ainda não. Acho que não falei nada ainda não. Eu não sei se é porque eu acho ele muito serio, né? O (*nome médico coordenador*), ele intimida um pouco. Sempre são os mesmos que fala, né? Então, ele deixa. Hoje me deu vontade de falar, acabei não falando. Daquela mãe, aquela mulher que tava falando do filho lá. Me deu vontade de falar. Que o filho não... Ela não teve a resposta que ela queria, né? Aí eu ia falar pra ela do meu. Da experiência que eu tive com o meu, né? Com o (*nome do outro filho que tem*), né? Quando aconteceu um incidente aí. Falei, questionou. Hoje ele me agradece. Por eu ter tomado essa atitude... Eu já tive muito suspense... Assim de pensar. Nossa meu filho acha que eu toquei ele de casa, sabe? Fiquei muito com esse sentimento, né? De ele achar que, não entender. Ele achar: “Nossa minha mãe me expulsou de casa, né?” Por causa de uma coisa. De repente pra ele pode ser uma besteira. Mais pra mim não. Eu pensei nele. Não pensei de que eu tava expulsando ele. Jamais eu queria que meu filho saísse de perto de mim, né? Mais eu fiquei com esse sentimento. Então eu sentia ali, que eu tava meio angustiada. Eu devia ter falado. Mais não falei... de falar pra ela, pra ela não se sentir assim frustrada. Que de repente a gente fala, na hora ele não admite que a gente tem razão, né? Aí acontece alguma coisa, É o que aconteceu comigo, né?

A possível participação de Fábria estaria voltada ao lugar de confortar outra participante nos moldes de um grupo de apoio, compartilhando uma experiência vivenciada com o seu filho. De forma geral, Fábria demonstra compreender o sentido do GCSM e o que pôde levar dele durante suas participações.

Eu acho que é... A gente prestar mais atenção numas coisas, né? Na vida. Que às vezes a gente deixa passar despercebido. Muitas coisas, né? Não que eu não... o grupo. Eu acho importante algumas coisas... Uns assuntos. Eu acho que eu levo pra mim, né? No meu dia a dia, e prestar mais atenção nas coisas, né? É ficar atento. Como diz ele (*refere ao organizador do grupo*), né? Eu já... Eu costume dizer que eu sou ligada na tomada, né? Agora eu fiquei mais. (*risos*).

Fábria, por fim, sinaliza um ganho pessoal advinda da participação no GCSM, apesar de encontrar dificuldades em participar mais ativamente da proposta.

4.1.9 Joana

Familiar de usuário

Escolaridade: Ensino Básico

Idade: 54 anos

Religião: Evangélica

Joana, mãe de uma usuária do Hospital Dia, inicia seu relato com a história da internação da filha na saúde mental, retomando aspectos dos serviços, o diagnóstico que recebeu da filha e a maneira como chegaram até o Hospital Dia.

Foi a... A (*nome da filha*) ficou doente, né? Aí foi internada na (*nome da instituição*). Da emergência ficou aqui no (*nome da instituição*). Do (*nome da instituição*) a gente veio pra cá, que na época ela tava muito ruim. O médico falou que é depressão no maior grau. Transtorno de personalidade. Transtorno conversivo e borderline. Nunca tinha visto falar... Ela trabalhava de secretaria. Aí ela entrou de férias dia dois. Ela pesava quarenta e sete quilos. Eu falei: “Nossa! A (*nome da filha*) tá muito magrinha.”, né? Ela entrou dia dois de agosto. Dia três eu levei no médico. Ela deve tá com anemia. Aí eu levei no médico da minha cidade. Ele falou pra mim... Ele é plantonista. Ele tá até hoje na minha cidade. Agora ele mudou pra lá. Ele falou pra mim. “Essa menina não tá com, com... Como é que eu falei? Anemia. Essa menina tá com depressão muito profunda.” Aí ele olha ela certinho. Ele pegou minha mão e apertou e falou pra mim assim: “Dona Joana a senhora acredita em Deus? Eu falei: “É o que eu mais acredito”. “Essa menina tá com uma depressão grave.” Ele já me deu, preencheu um papel. E já me deu pra passar pro psiquiatra lá na minha cidade.

Joana apresenta o processo vivenciado para encontrar um lugar que atendesse a situação da filha. Relata a experiência da primeira internação e consequente fuga da filha do tratamento proposto pelo médico psiquiatra, juntamente com a maneira como observou o espaço e a tomada de decisão sobre o tratamento da filha.

Aí ela ficou... Eu levei ela na segunda. Na terça ela fugiu. Só que ela fugiu assim. Pegou a bolsinha, saiu. Passou perto do guarda. Foi num orelhão muito longe da clínica e ligou para minha irmã a cobrar. Que não queria ficar lá. Que ia embora. E eu já tava no caminho, na terça, eu ia indo pra lá. Aí chegou lá na terça, de manhã eu cheguei lá. “Não ela tá sentadinha aqui. Só que ela tá triste, né?” Eu falei: “Fala pra ela que eu vou. Até onze e meia eu to aí.” Aí arrumei o carro e fui na terça. Aí cheguei lá. Eu já fui na clínica buscar, pra vim embora, que era só gente de idoso. Não era na clínica da cidade. Era assim... E só vê mato. Não tinha muro, não tinha nada. Aí eu cheguei lá na terça feira. Só tinha gente de idoso. Só ela de jovem. Aí eu peguei, cheguei na terça lá. Aí tinha levado um monte de coisa pra ela comer, né? Aí na hora que eu cheguei com a sacola. Aí os idoso veio e invadiu toda a... Diz que era tudo louco. Invadiu tudo que eu tinha levado pra ela. Os que tavam lá comeram mais do que ela. Parecia que era só gente louco. Eu falei: “(*nome do médico*), eu vou levar a (*nome da filha*) agora embora”. “Aí (*nome da participante*), eu mandei pra cá porque aqui é mais médico. Ajuda eu mais. assim, vê os problemas da sua filha”. “Não. Aqui eu não vou deixar ela”. [...] Aí ele continuou dá os remédios pra ela, tudo. Depois ela ficou vinte e oito dias sem andar. Sem conhecer ninguém. Ela foi, ficou na (*setor instituição em outra cidade*), eles foram tirando o remédio, tirando. Aí ela voltou a conhecer, a andar.

Ao longo de quatro anos, desde o diagnóstico, até o contato com a instituição onde desenvolvemos o estudo, Joana acompanhou a filha em diferentes serviços e com diferentes profissionais. Em meio às buscas por tratamento, Joana relata um episódio, exemplificando algumas das situações vivenciadas como familiar.

Aí eu tinha saído, minhas pernas estavam doendo. Eu falei. Ah deixa eu deitar um pouquinho antes da janta. Aí deitei um pouquinho lá no meu quarto. Aí a (*nome da outra filha*) chegou em mim e falou. “Mãe, (*nome da filha usuária*) não esta bem. (*nome da filha usuária*) saiu tão depressa. Foi com uma calça velha e saiu.” Aí eu já levantei correndo descalço. Já fui na esquina e não achei. Ela deve ter ido

na (*nome de uma mulher vendedora de roupas*) buscar roupa, né? Aí ela tinha pedido uma sopa de legumes. Aí eu fazendo essa sopa. Bate no portão. Meu marido tava tomando banho. Aí eu peguei. Meu marido falou, vai atender o portão. Era dois policiais, que eu olhei a (*nome da filha usuária*) dentro da viatura. Só pus a mão no rosto e... “O que a (*nome da filha usuária*) fez?” Aí as polícia... “(*nome da participante*) não chore”. Eu comecei a chorar. “A senhora não chora. A (*nome da filha usuária*) teve um atentado de suicídio na pista.” Aí ela foi na pista e não passava nenhum caminhão. Aí ela parou num posto de gasolina, pra pedir água, que deu sede. Ela andou dois quilômetros. E não passou um caminhão... E a voz falava pra ela não se jogar em carro, era caminhão. Ela passou num posto policial, pediu água. Aí eles perguntou pra ela antes de dar água. “Aonde você vai indo? Ela falou. “Não. A voz falou pra mim seguir mais pra frente, pra eu me se jogar num caminhão”.

Após os episódios de crise da filha e das experiências com o adoecimento, Joana busca compartilhar uma compreensão sobre o que compreende como “saúde mental” e dos problemas que vivencia com sua familiar, em referência a sua história e a sua crença religiosa.

A saúde mental, eu acho assim. Que é pra quem tem problema de cabeça, né? Igual a (*nome da filha usuária*). Os pensamentos todos negativos. Agora que ela afirmou o pensamento dela. Porque até quinze dias atrás a..., a voz ainda tava falando com ela vinte quatro horas. Mesmo com os remédios. Falando vinte quatro horas. Aí vem na minha cabeça. Que quando ela tava internada foi um... Ela é, a gente chama de irmãozinho da igreja, colega... Evangélica, né? Foi o irmãozinho da igreja orar pra ela lá no hospital. Ele sentiu muito mal. Ele sentiu mal mesmo. Que arrepiava tudo ele. Ele falava que era um mal, um espírito ruim.

Ao longo da entrevista, Joana compartilha sua compreensão do Hospital Dia, após o encaminhamento da cidade natal para Ribeirão Preto e relaciona fatores como o tempo de participação no serviço e o engajamento da filha para alcançar alguma melhora, além de citar características do Hospital Dia, que acredita poder contribuir para a filha.

Esse lugar pra mim foi ótimo. Uma coisa que eu nem sei nem explicar. Eu não sei nem explicar. Porque da outra vez ela ficou bem a partir de dois, de três meses. Porque de dois meses não foi resolvido. Ela só dormia. Agora desta vez ela pegou firme também. Ela já não dormiu. Ela participou de tudo. Eu falei pra ela. A gente vai pro HD de novo. Só que eu quero que você entra em todas as atividades. Não gosta muito da ginástica. Mas você tem que fazer ginástica. Pelo menos você perde um pouquinho da gordura. Falei pra ela. Então eu não tenho nem, eu não tenho nada que reclamar daqui. Que aqui é uma coisa pra ela. Uma coisa muito boa. Já foi muitos. Eu acho que é assim.. oh... O psiquiatra todo... Direto, o dia inteiro, né? É psicólogo na hora que precisa. Nos outro lugar não, não. Apesar que lá na (*nome de outro setor*), só na hora da precisão mesmo, né? A pessoa não tá bem. Aí fica lá. No máximo é quatro, cinco dias, seis dias. Igual foi o caso dela. E aqui não. Aqui tem o psiquiatra que acompanha o dia inteiro. Tem psicólogo. Tem as, os trabalhos que eles fazem...

Nesse espaço, Joana também relata participar de algumas atividades e reconhece que como mãe tem problemas que precisam ser compartilhados. A ajuda recebida aparece como importante e necessária. Em especial, inicia seu relato dizendo da participação no grupo de família e dos benefícios que encontra na proposta.

Participo da reunião do (*nome do coordenador do GCSM*) e na reunião da família na quarta feira. Eu acho bom que... Igual do, que a gente participa na quarta feira. É uma coisa que ajuda a gente. Ajuda assim, você animar... Porque a gente também tem problema, né? E como tem! Da força, força e

coragem. Para enfrentar. Porque.... Tem muitas mães que tá ali, que você escuta as conversas. Você vai ouvindo uma, a mãe fala, a outra lá... Então se for pegar tudo. São todos iguais. Que uma sofre o que a outra sofre. Que a (*nome da filha usuária*) é assim, que eu não posso deixar remédio. Agora sabe aonde que eu to pondo o remédio? No porta mala do carro, do carro de passeio. Que ficava na gaveta. Agora se deixar lá. É capaz dela arrebentar a gaveta e tirar os remédio. E ela já teve tentativa de remédio quatro vezes... Eu escuto, que muitos já tentou suicídio, né?

Joana participa do grupo de família e encontra relevância nele, indicando que também tem problemas e consegue se “animar” [sic] nesse espaço com o reconhecimento de características compartilhadas e comuns entre os familiares. Em seguida, Joana compartilha sobre sua participação no GCSM:

Essas reuniões da terça... Muita coisa ali ajuda muito a gente, né? Que a gente vê que tem gente que fala, que... igualzinho tá acontecendo com a gente. Mesma coisa tá acontecendo com a gente. Igual a, quando a filha da (*nome de uma senhora*) tava aí. Que a (*nome de uma senhora*) falou no grupo, né? Então eu penso assim. Oh...Do jeito que a (*nome da filha da senhora que falou no grupo*) tá, a minha tá também. Aí eu falava, falava assim, mais eu tenho fé em Deus que a minha vai sair dessa... A diferença é que o do (*nome do coordenador do GCSM*) você pode falar que todo mundo escuta. Agora (*nome do coordenador do grupo de família*) não. O que a gente conversa ali. Igual aqui... O que a gente conversa ali. Fica ali... E no do (*nome do coordenador do GCSM*) gente conversa, a gente fala, todo mundo escuta. Todo mundo ouve o que um fala... Fico mais a vontade na família... A gente sente mais vontade pra falar. Quanto mais fala mais a gente quer falar... Sobre a filha da gente...

Joana exemplifica a maneira como percebe ser ajudada no GCSM e, ao mesmo tempo, expõe a dificuldade para se sentir à vontade em se colocar na presença de uma quantidade maior e diversa de pessoas nesse espaço. Apesar de reconhecer uma abertura maior de participação, em termos de compartilhar sobre a filha no grupo de família, Joana diz conseguir participar do GCSM e relata um momento em que traz uma contribuição ao grupo, no momento do Sarau.

Terça feira mesmo eu trouxe um CD evangélico que fala sobre as dor, as tristeza. Ainda pus o CD pra tocar. Aí depois eu fui explicar a música. Porque eu tinha trazido, o (*nome do coordenador do GCSM*) pergunta, né? Porque que a gente trouxe aquilo lá, quê que a gente acha? Aí eu fui explicar aquele CD que eu tinha trazido. Era o que eu tava passando. Que eu ia... o que eu sentia, que eu sentia... Ah... Eu acho que ajuda muito a gente. Ajuda muito. Ajuda muito a gente e ajuda muito paciente também. Que depois que terminou de tocar a música, tava no fim da reunião. Aí logo o que falou foi o (*nome de um participante*). Ele falou. “Eu gostei muito da música que a mãe da (*nome da filha usuária*) trouxe.” Eu ainda fui nele. Você quer que eu trago um CD desse? Eu vou mandar gravar. Eu mandei gravar e trouxe o CD pra ele. Aí ele ficou todo contente na quarta feira. Todo contente...

Joana expressa uma abertura para compreender a proposta do GCSM e faz uma descrição de como entende o grupo, com foco na etapa do Sarau em que conseguiu compartilhar uma música em que encontrava sentido para seu momento de vida. Ela demonstra, também, como se sente ao trazer algo para compartilhar.

No Grupo Comunitário.... Fala um pouco da doença também, mais não assim declarada, né? Fala sobre saúde mental... Saúde mental. Aí fala da... Igual (*nome do coordenador do GCSM*) pede uma música, um... Como que é que fala? Uma poesia. Um... Uma... Um livro assim que, que tem. Se não prestar atenção, não sabe contar nada. Igual, quando eu trago o CD. Eu tenho assim meia... Uma música, que eu vou levar poesia, alguma coisa que eu trago. Aí eu fico tremendo, Não sei se é nervoso...

Apesar de sentir um nervosismo na participação, Joana permitiu-se aderir à proposta no sentido de prestar atenção em alguma coisa que possa compartilhar: uma música e uma poesia. Em relação à diversidade das participações do GCSM, apesar de sentir-se menos à vontade com muitas pessoas, Joana não reconhece uma diferenciação de valor entre as falas no grupo.

Ah... Eu não vejo diferença não. Tudo é a mesma coisa. Eu não vejo diferença nem o que tá lá dentro e nem com o residente. Ali falando... O que eu vejo, é que não tem diferença entre os dois... Entre o residencial que ta ali dentro do trabalho e, e o medico, ou quem tá aqui dentro.

Na continuidade da conversa, Joana relembra outra participação sua no grupo, mediada pela história contada por uma pessoa no GCSM. Uma história cotidiana que ganha valor por se tratar de algo importante para ela.

Ah... Não sei... foi uma história que o (*nome do coordenador do GCSM*) começou contar... Dum micro-ondas. Não sei se foi da mãe... da família dele, né? Que ele começou contar. Você tava aquele dia no grupo? Foi um negócio da família dele. Que tinha um micro-ondas velho. Velho... Aí que eu fui contar o caso na reunião. Ah o meu tinha valor. Porque tinha ganhado de presente. Uma coisa que a gente ganha de presente. A gente quer bem, né? Que... Eu levantei na segunda feira. A (*nome da filha*) tinha ido pro psicólogo. Que ela tava bem, né? Aí o meu micro-ondas não tava no lugar, que é na varanda, não tem lugar na cozinha. Aí eu peguei e... na hora que eu andei de manhã, eu peguei e não achei o micro-ondas lá mais. Aí eu liguei pras polícia. “Nós vamo aí agora mesmo.” Aí não foram. Aí eu fui na delegacia pra fazer um boletim de ocorrência. Aí o (nome) que é o investigador, falou pra mim. “O Joana, vai ser muito difícil pra gente achar”. Coisa roubada é difícil pra achar, né? Ainda mais cidade pequena. Aí quando foi a hora do almoço. Meu marido apareceu com o... “Aqui oh Joana, eu vou comprar um, de tarde eu vou trazer, dois pagamentos de cento e noventa e nove”. Eu falei com ele. “Eu não quero. Se você trazer. Você vai levar de volta. Quem roubou o meu, Deus vai me devolver o meu, eu quero o meu.” Porque o meu, fui em (*nome de cidade*) ano passado. Meu sobrinho fazia uns cinco anos que eu não via ele, né? Ele me levou na casas Bahia, comprou esse micro-ondas e me deu. “Oh tia eu nunca dei nada pra senhora. E eu vou levar a senhora na loja, a senhora vai tirar do jeito que a senhora quer, pra gente levar.” Assim fez. Aí eu guardei na caixa uns três meses pra depois usar. Aí o ladrão foi lá e levou. Eu falei. “Não quero. Eu quero o meu. Deus vai me devolver o meu.” Aí quando foi à tarde. Eu tinha ganhado um frango caipira no domingo, né? Que eu ia fazer uma polenta. Aí eu fui fazer a tal polenta. Mais assim, sabe? Triste, fazendo, fritando... triste. Aí terminei a janta meu celular tocou. Aí era o investigador: “Nós acabamos de encontrar o micro-ondas da senhora. A senhora vem aqui na delegacia.” Aí eu fui na delegacia. Aí mostrou. Eu reconheci que era o meu. Só que tava sem o prato e sem a borracha. Agora eu não largo ele na varanda mais...

Na conclusão da entrevista, depois de relatar um episódio vivido considerado como uma experiência, Joana apresenta um episódio sobre a participação da filha no GCSM, reconhecendo a melhora da familiar quando demonstrou o interesse em trazer uma música para o Sarau do grupo.

Ela adora... Do Comunitário... Quando ela quer trazer uma música, uma poesia, ela traz, que agora ela deve trazer e falar, né? Na terça feira passada ela trouxe um CD. Aí ela foi explicar inteirinho o CD. Eu gostei. Porque é evangélica também. Não desista de mim. Ah... Eu pensei. Que ela tá ficando bem, né? Que só dela falar depois que ela... Ela é difícil pra falar.

O encontro com Joana revela uma história de desafios com o adoecimento da filha, especialmente por se tratar de um tema desconhecido num primeiro momento. Ela demonstra ter se envolvido a ponto de também participar das atividades no serviço e reconhece novas possibilidades de ajuda na saúde mental.

4.1.10 Rita

Psicóloga e Pesquisadora

Escolaridade: Pós Graduação

Idade: 30 anos

Duração da observação participante: 2 anos e 6 meses

Religião: Católica

Escrever esse tópico demandou muitas reflexões epistemológicas. Posso me incluir nesse processo? Como fundamentá-lo teoricamente? Ele fica ou ele sai? No enfrentamento dessas questões, em especial pela inspiração intersubjetiva que pauta toda a proposta, resolvi explorar um pouco a dimensão vivencial que tão fortemente me tomou ao participar dessa pesquisa, ainda que sem ter uma clareza de que seria “científico” no ranço positivista que atravessa um pesquisador em formação. No momento de incertezas e paradoxos resolvi avançar³², e me debruçar a olhar para trás, como fazia em momentos outros na escrita de um poema. Convivia com a vergonha de mostrar escritos, mas agora com o mesmo sentimento, escrevo como que abrindo espaços em mim para o outro, um movimento que me emociona e desafia. Esse tópico, além de revelar uma escrita que buscou integrar as vivências, também esteve pautado nos registros do caderno de campo, os quais serviram como parceiros de toda a construção desse estudo, antes mesmo da formalização do doutorado.

O GCSM aparece na trajetória dessa pesquisa com um convite da Professora Carmen Cardoso, minha possível orientadora, naquela época. Quando nos encontramos, o percurso em saúde e em trabalho com grupos encontrou ressonâncias, e me dispus a conhecer essa proposta para decidir se seria interessante uma aproximação compreensiva.

³² Esse desejo foi encorajado na banca de qualificação dessa tese por mediação da Professora Maria Clotilde Rossetti Ferreira.

Foi numa manhã de fevereiro no ano de 2012. Vinha a Ribeirão Preto em viagem, pois no momento vivia em Minas Gerais; já havia iniciado o doutorado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), mas a vida estava difícil com tantas paragens e queria encontrar raiz, ficar perto do meu marido, construir algo que fizesse mais sentido. Nessa manhã me dispus a conhecer o GCSM. Sai de Minas Gerais às 06 horas, acompanhada pelo amanhecer, para chegar às 08h30min. Entrei no Hospital Dia pela primeira vez e encontrei uma portaria com catraca, paredes cinza claras, um aspecto limpo com uma porta aberta traspassada por uma grade sob o vidro que ligava o hall para um corredor mais estreito. Não pensava muito no que sentia, imagino porque estava ansiosa para conhecer o grupo. Quando passei pelo longo corredor, queria ser pouco percebida, sentei-me bem escondida, no grande círculo. Deparei-me com uma sala grande onde caberiam confortavelmente trinta pessoas, com parede bege clara, janelas amplas de vidro, sem grades, persianas, armários ao lado da porta de entrada e, outro, na parede oposta com o nome de pessoas. Cadeiras estavam dispostas em círculo, algumas poucas pessoas estavam sentadas, o que me deu certa liberdade para escolher um lugar discreto. De fato, não havia participado de grupos na condição de participante. Notei que seria a minha primeira vez.

Os registros e a memória recordam que, naquele dia, o GCSM começou com cerca de vinte pessoas como uma experiência “para guardar”. O coordenador com um tom de voz baixo e ameno inicia uma breve fala sobre iniciar o grupo com aquilo que chamou a atenção ao longo da semana e pessoas começaram a trazer poemas, músicas, frases da folhinha que encontraram na propaganda da farmácia. Em especial, lembro-me de uma participação. Uma pessoa, que não conhecia, compartilhou a música “Perhaps Love”³³. A música tocou no aparelho de som para todos nós com a luz forte do sol entrando pelas janelas. Senti aquilo como um abraço. O som muito agradável acompanhado da letra impressa da música em inglês e sua tradução entregue pelo participante, dizia assim:

*Perhaps love is like a resting place
a shelter from the storm
It exists to give you comfort
it is there to keep you warm
And in those times of trouble
when you are most alone
The memory of love will bring you home*

Talvez o amor seja como um local de descanso
Um abrigo da tempestade
Ele existe para te oferecer conforto
Ele está lá para te manter aquecido

³³ Perhaps Love foi uma composição de Jonh Denver

E naqueles tempos de dificuldade
 Quando você está na maior parte sozinho
 A lembrança do amor vai te trazer para casa. (fevereiro, 2012)

Foi um momento de intensidade, como era mesmo desconhecida, chorei em silêncio como que contemplando algo bonito, sem firulas. Alguém simples, numa manhã de terça-feira qualquer, compartilha algo de modo muito cuidadoso, para que todos contemplassem a maneira como vivia naquele momento, por meio de uma linguagem musical. O conjunto daquela situação extrapolou a música, tornando o momento especial pelo contexto em que foi compartilhado e também pela forma como ressoou em minha vida. Após a escuta, iniciaram as falas sobre os acontecimentos. Uma mãe que acompanhava a filha em tratamento disse com uma fala humilde, sem conjugação do português, que estava difícil estar ali, ver a filha sofrer, mas que ouvir o modo como se expôs a música, mesmo sem entender o “inglês” [sic], deixou-a com esperança (fevereiro, 2012).

Nos registros e nas lembranças signifiquei esse primeiro momento como marcante pela integração da beleza musical, da maneira como foi apresentado e também pelo meu momento de vida, mas não expressei com meu linguajar supostamente conjugado nos plurais e singulares, qualquer coisa adequada. Não me senti encorajada para tanto e admirei muito aquela senhorinha, sem pensar em qualquer sintoma, ou vontade de “atuar” o sintoma, como estamos acostumados a aprender e ensinar.

Saí daquele grupo por volta das 10h15min, também em silêncio, imperceptível como entrei. Peguei o carro, e pensei ‘vou para onde agora?’. Diante das muitas viagens que fazia no momento, veio a vontade de ir para outro lugar que não o destino programado. Liguei para os meus pais que moram a 500 quilômetros de Ribeirão Preto, desmarquei os compromissos da tarde e peguei a estrada não somente pelo sentido que veio com a música: “*The memory of love will bring you home*”, mas especialmente pela possibilidade que o espaço me propôs de dar atenção à vida acontecendo, de encontrar sentido diante do que se passava.

Havia muito tempo sem encontrá-los, tomei o café da tarde com eles, revi os cachorros, dormi uma noite de tranquilidade e voltei logo cedo da fazenda onde eles moram no interior de Minas Gerais. Houve uma mobilização de alguma coisa, e permaneceu uma vontade e uma ambivalência de voltar aquele grupo. Um sentimento misto de que, em algum momento, estar em grupo envolveria uma participação diferente do que já havia vivido.

E durante os próximos 10 meses permaneci no grupo como participante, semanalmente, às terças-feiras, com a pretensão de vivenciá-lo e construir um objetivo de pesquisa para um doutorado. De fato, o que me chamava a atenção eram as participações. A

diversidade das pessoas, o conjunto da obra, os estranhamentos, as surpresas que despertavam. Como alguém tão humilde e tão supostamente debilitado compartilha uma experiência carregada de tanto sentido? Traz uma música? Consegue enxergar uma imagem e a compartilha? E como alguém como eu, profissional, e tantos outros profissionais que estavam ali como participantes, pouco compartilham?

Dessas primeiras questões foi se formando um olhar. O GCSM e o HD começaram a fazer parte do cotidiano. Com o tempo, já sabia dizer os nomes, já me sentia mais à vontade para compartilhar na sala grande com muitas cadeiras e aconteceram algumas participações, primeiro compartilhei uma música que me seguia na estrada indo para o grupo e que me fazia viver o sentido daquelas viagens, a busca que ela representava; eu ouvia, especialmente, essa parte:

*Cheguei a tempo de te ver acordar
Eu vim correndo a frente do sol,
Abri a porta e antes de entrar,
Revi a vida inteira. (junho, 2012)
[...]*

Depois da minha primeira participação inicialmente através da música, pude em outro momento contar uma situação, na qual expressei o que entendia como a “vida acontecendo”. Relatei ao grupo uma experiência, sem esconder minha emoção em lembrar e em falar algo tão pessoal: “No dia seguinte ao meu casamento, quando a festa acabou fomos nos encontrar com os familiares. Uma família mineira grande de muitos tios, muitos brindes, todos nos receberam muito bem, mas não sabia bem dizer, mas sentia um vazio, como se tivesse um negócio no peito. Na pousada onde estávamos encontrei um vão, entre a parede e a geladeira bem estreito, e despistada me acomodei lá por um tempo, fiquei escondida. Passou um tempo, meu então novo marido me achou, sorriu e não falou nada, só me deu a mão e disse que também sentia um pouco assim. Naquele momento, acho que fiquei realmente feliz por ter me casado” (junho, 2013). Talvez de muitos momentos, esse tenha sido um pra ter sempre por perto. E esse foi o movimento que o grupo me permitia fazer: buscar sentido.

Ao mesmo tempo, percebia certa dificuldade nas participações de alguns e também observava que outros caíam no aconselhamento mais superficial: “Olha, isso deu certo para mim, isso pode dar para você também”. Entre os profissionais essa característica crítica sobre o GCSM era mais nítida.

Em outubro de 2012, quando iniciei minha participação também como pesquisadora, comecei a acompanhar uma reunião após o GCSM com os profissionais em formação que trabalhavam no HD, especialmente os residentes de Psiquiatria. Foi uma oportunidade que

ocorreu por minha aproximação com uma das residentes do terceiro ano que idealizou esse espaço juntamente com o preceptor dos residentes. Foi identificada a necessidade de ampliar a compreensão sobre o GCSM e criar um espaço de diálogo associada à compreensão de que havia certa “polêmica” (fala da residente, na apresentação da reunião, outubro 2012), especialmente entre os residentes para participarem do GCSM. Naquele momento, parte dos residentes demonstrava apreço pelo GCSM, em contrapartida outra parcela significativa apresentava críticas incisivas do tipo: “ir lá para ler poesia”[sic], “o mundo belo e feliz do GCSM” [sic].

Essas reuniões foram importantes para o percurso de pesquisa no Hospital Dia, oportunidade em que falávamos de muitas experiências difíceis, ligadas ao fato de estarem em um modelo de atendimento onde se sentiam “expostos aos pacientes”. Situação bastante diferente do que viviam em qualquer outra etapa da residência e não identificavam, por outro lado, um espaço para comentar, compartilhar sobre esses sentimentos e percepções. Participei dessa reunião ao longo de dois anos, de 2012 a 2014, inicialmente, organizando-o juntamente com duas médicas psiquiatras ex-residentes da instituição e voluntárias para mediar o processo. No segundo ano, assumi a condução da reunião e pude ter contato mais próximo com os residentes dos três anos, em um diálogo respeitoso e aberto³⁴.

Nesse espaço, foi possível compreender de forma mais aprofundada, os dilemas que envolviam a participação no GCSM entre os profissionais. Reconheci a dificuldade de aproximação teórica sobre práticas mais horizontalizadas em saúde mental, ao mesmo tempo em que compartilhavam de uma questão pessoal, delimitando um limite tênue entre o que poderia ou não ser compartilhado no grupo, uma vez que depois daquele espaço, por mais que no HD houvesse uma delimitação hierárquica menos rígida, ainda sim voltariam a ser terapeutas e médicos daqueles pacientes em um modelo mais tradicional. Compreendia e me identificava em partes com essa dificuldade, e sentia que, além de pesquisadora, acabei por assumir um papel de facilitadora de outro “grupo”. Percebia que ao lado da crítica sobre o GCSM, havia também sofrimento e desamparo para responder às situações que supostamente poderiam integrar a pessoa ao profissional.

Esses momentos vividos na observação participante favoreceram o contato para as primeiras entrevistas entre os profissionais. As demais entrevistas, com usuários e familiares, foram marcadas ao final dos GCSM, à medida que identificava os critérios de inclusão que

³⁴ Posteriormente a essa data, tendo em vista, a legitimidade que o espaço angariou, ele passou a ocorrer em formato de supervisão com a presença de profissionais, estudantes, coordenador do grupo e idealizadores da proposta com o intuito de explorar e promover uma permanente avaliação.

delimitamos. Cada colaborador nessa pesquisa teve um espaço especial no GCSM e também no meu processo de tornar-me pesquisadora. José, Davi, Cassia e Márcia possuíam um olhar próprio e uma historicidade no GCSM que antecedia minha chegada naquele espaço. Já Antônio, Ana, Severino, Fábria e Joana compartilhavam experiências mais recentes, caminhávamos juntos.

Percebia, mediante a associação com a observação participante, que a entrevista mobilizava uma história anterior ao GCSM. Cada um dos participantes vivenciou uma trajetória na rede de saúde mental que contribui para compreenderem-se nesse processo de participação no GCSM. Também notava que os familiares e alguns dos usuários acabavam significando aquela conversa como um espaço de ajuda e buscaram outras “conversas” após o momento combinado. Ter a oportunidade de falar com alguém sobre o que os afligia, sua história, especialmente com os familiares, foi um momento em que sentia que “algo a mais” acontecia na entrevista em profundidade. Outra característica interessante foram os momentos de conversa e entrevista com os profissionais, eles também se colocavam de forma aberta, até emocionada ao falar de si, dos desafios enfrentados. Foram momentos de cumplicidade e riqueza, que acredito terem sido favorecidas pelo cotidiano dos encontros ao longo desse tempo.

Concomitante à realização da observação, entrevistas e das reuniões com os profissionais, continuei participando dos GCSM semanalmente e pude acompanhar, também, alguns grupos operativos coordenados pelos residentes no HD. Esses grupos funcionavam com um terapeuta, geralmente, residente do terceiro ano de Psiquiatria e um co-terapeuta residente do segundo ano. Nesses grupos, pude registrar que apenas os usuários participavam por mediação de um tema a ser discutido e indicado pelo terapeuta.

No GCSM, as pessoas, incluindo os profissionais, participam de forma espontânea. Nessa diversidade, notava, em especial, que os usuários mais debilitados, pareciam estar dormindo ou apresentavam os olhos fechados em parte do tempo. O grupo durava cerca de uma hora e trinta minutos, duração que, inicialmente, não chamou minha atenção, até o momento em que um recém-usuário do HD mobilizou algumas reflexões sobre como é se dispor em grupo num dado tempo ouvindo o outro. Algo que já estava naturalizado em minha trajetória até então. Ele expressou:

É uma reunião muito difícil, não consigo ficar quieto, mas ao mesmo tempo é importante, não consigo ficar quieto. (Tinha as pernas inquietas durante todo o grupo e se debatia para mantê-las quietas).
(maio, 2013)

Notava seu esforço em ficar atento, mas não conseguiu, até que saiu da sala. Naquele dia, registrei que uma participação envolve minimamente algumas condições. Quais seriam? O que mobiliza as pessoas a participarem da proposta de atenção à experiência? Além desses questionamentos que vinham com a disposição de alguns usuários e dessa participação, algumas pessoas que chegavam ao GCSM sem ainda compreender tanto a proposta, usavam daquele espaço para outras finalidades, fora do enquadre. Presenciei uma usuária, que de forma muito agressiva, no momento do Sarau, relatou sobre a desconfiança que a acompanhava, em desabafo: “*Não confio em mais ninguém e não vou confiar*” [sic] (abril, 2013). Diante da reação, o coordenador, que em geral, centra suas ações em explicitar o acontecer da experiência e da pessoa, bem como acolhendo quando percebe a necessidade, realizou uma fala para acolher sem promover maiores interpretações, voltando para o enquadre com atenção às etapas (sarau, relato de experiências, e elaboração do trabalho em grupo). Nessa medida, o enquadre é seguido e exposto em continuidade, semanalmente³⁵.

Naquele dia, a usuária convidou a uma problematização que foi contornada pelo coordenador. Mas a questão explicitada entre os profissionais como “conflito” [sic] no GCSM perdurou, na medida em que entendiam a necessidade de que ele ocorresse nos moldes de intervenções hermenêuticas, centralizando a noção da importância do coordenador realizar uma interpretação diante do ocorrido para que se tornasse manifesto o conteúdo latente. Parte dos profissionais em formação nas reuniões pós GCSM, entendiam que quando não existe “conflito” nos moldes de um confronto, não ocorre mudança em profundidade, “mas perda de tempo” [sic], “dinheiro jogado fora”[sic] (agosto, 2013). Essa foi uma das questões sobre as quais conversávamos em conjunto nas reuniões de forma bastante explícita, até o momento em que ocorria uma abertura para se observar o potencial que o entendimento da atenção à experiência poderia ter no processo de cuidado, e da necessidade de quebra de paradigmas para a invenção de novos fazeres em saúde mental. Uma questão que perdurou em todo o processo desse estudo.

Caminhávamos juntos na ambivalência de ser e fazer. Nesse processo, um dos residentes do primeiro ano, que inicialmente, compartilhou a fala sobre “a perda de tempo” [sic] (agosto, 2013), permitiu-se, depois de um percurso de conversas e troca de materiais,

³⁵ Reconheço, porém, que dada à abertura contínua de uma metodologia aos eventos cotidianos, de quando em quando o enquadre era refeito. Por exemplo, pude vivenciar o momento em que a etapa elaboração do trabalho grupal começou a ser desenvolvida no final de 2012, o que foi exposto a todo o grupo no sentido de dar visibilidade ao que acontecia no momento, dando oportunidade para o reconhecimento de experiência no próprio grupo (até então a proposta se centrava no sarau e no relato da experiência). Num outro momento, houve o convite para que as pessoas também trouxessem objetos significativos, não somente músicas, poemas, imagens, aumentando as possibilidades de compartilhamentos. Modificações que ocorreram, mediante as avaliações contínuas sobre a construção dessa metodologia.

contribuir com uma experiência pessoal no GCSM, em uma terça-feira de setembro de 2013. Pude observar nesses momentos, mudanças sutis e percebia que parte dessas novas disposições se tratava de um encontro construtivo que tínhamos nas reuniões pós GCSM, nas quais nos aproximávamos de outras formas de conversar e questionávamos o que se espera de um profissional, bem como da impossibilidade de ter respostas para todos os contextos.

Ao longo desses anos de campo, o GCSM, recebeu financiamento³⁶ e adquiriu tecnologia para começar a fazer uso do multimídia por meio de vídeos, clipes e curtas no momento do Sarau, o que ampliou a possibilidade de recursos para participação. Por outro lado, pessoas que não têm tanto acesso aos meios digitais precisaram do amparo de alguns dos profissionais do HD para compartilharem usando esse recurso, ainda que pudessem fazer uso dos meios tradicionais. Essa característica foi algo que notei ao longo do processo. A participação dos usuários foi facilitada com a mediação dos profissionais em outros contextos. Por exemplo, em uma atividade de Terapia Ocupacional uma usuária comentou que gostava muito de uma música e por meio desse diálogo com a ajuda da psicóloga da instituição, ela pode compartilhá-la no GCSM. A profissional gravou a música da internet para esse fim: *Bye Bye Tristeza, Sandra de Sá*, e a participante disse “*essa música tem muito sentido para mim*” [sic] (abril, 2015):

*Ninguém, aqui é puro anjo ou demônio,
nem sabe a receita de viver feliz
Não dá pra separar o que é real do sonho,
e nem eu de você e nem você de mim...* (abril, 2015)

Nesse momento, as pessoas gostaram de ouvir o som, abriram os olhos para o GCSM. Eu particularmente não dava muita atenção para a música antes, mas aquela senhora há dois meses interna do HD, silenciosa, com a expressão dura expressou-a com sentido estampado, de forma convicta que tomei como uma surpresa, um arrebatamento. Aquela senhora se tornou uma voz em mim. Era assim que se constituíam os encontros, uns mais intensos que outros e me perguntava o que fazia variar a qualidade desses grupos? Dependia de uma abertura conjunta? Das contribuições? Da escuta? Respostas que continuo a buscar, em contínua construção.

Além dos encontros semanais, ocorriam também, os encontros anuais do GCSM, em que pude participar ao longo desses anos, em um espaço moderno de auditório, que permitiu dar visibilidade ao que ocorria no cotidiano dos grupos semanais ao longo do ano.

³⁶ Edital da Pró Reitoria de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo que também mediu a publicação e divulgação de um livro sobre a metodologia do trabalho (Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013), fortalecendo academicamente o GCSM.

Especialmente, esses encontros favoreciam que um maior número e uma diversidade de pessoas participassem e conhecessem a proposta. Chamou a atenção o protagonismo que desperta em quem compartilha uma experiência nesse espaço. Usuários, familiares, profissionais, estudantes ocupavam a mesma mesa redonda, diziam sobre o mesmo conteúdo, simetricamente, de forma a dar visibilidade ao que essencialmente os une: ser pessoa atenta à experiência.

Posso afirmar que ao longo desses anos de (re)conhecimentos, ser profissional, ser pessoa e ser pesquisador em uma visão mais totalizadora foi um convite que o GCSM fez ao meu processo. O diálogo teórico em trabalhos que desenvolvi anteriormente envolvia uma leitura política e histórica em profundidade. O tempo da tese me proporcionou voltar para a Psicologia, para as relações, para os métodos terapêuticos, para uma epistemologia que se encontra com a intersubjetividade.

Essa diferenciação foi traçada nos dias, nas estradas, nas anotações, nas diferentes cores de canetas, em memórias, nas transcrições e recordações, nomes, músicas, imagens, tons de voz, no nascimento do meu filho. Traços que demarcam a riqueza e o porvir de algo que está em processo. Aprendi com os pares desse caminho, a riqueza que é ter um percurso inacabado, uma ausência de resposta e de colaborar com a construção de possibilidades mínimas, mas que cotidianamente possam inspirar o movimento de não se acomodar.

4.2. Análise Compreensiva

Para a construção dessa análise temos o entendimento de unidades de sentidos inspirado na intencionalidade fenomenológica (Husserl, 1900/2012a; 1913/2006) que não compreende os significados como uma objetivação e como uma representação factual de dada realidade. Buscamos fazer uso dos relatos no momento das entrevistas, complementadas pelo registro do caderno de campo e pelas interlocuções teóricas sobre a temática, sem perder de vista os elementos históricos da saúde mental.

Nesse processo de articular os significados intencionados sobre o GCSM, foram construídas quatro unidades de sentido a serem apresentadas, a saber: “grupo e seu contexto generativo”; “grupo como potencial terapêutico”; “grupo como vivência estética” e “grupo como espaço de paradoxos”.

4.2.1 Grupo e seu contexto generativo

Os participantes da pesquisa, ao relatarem as vivências acerca do Grupo Comunitário de Saúde Mental, situavam um preâmbulo histórico para descrever, no contexto da entrevista, a participação na atividade. Essa dimensão pode ser associada ao sentido de generatividade proposto por Husserl (1926-38/2012) ao retomar o conceito de consciência não como consciência de uma história, e sim como o lugar de formação da história, promovendo uma mudança no foco da subjetividade formadora para uma subjetividade histórica (Goto, 2008).

Metaforicamente, podemos fazer uso da relação entre “figura” e “fundo” para colaborar com essa compreensão. Temos, pois, um “fundo” histórico destacado pelas transformações que ocorreram na área da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1995; Torre & Amarante, 2001) e que é retomado pelos participantes, em coexistência com a “figura” do estudo, o GCSM. No encontro entre figura e fundo nos deparamos com pessoas que vivenciaram as mudanças ocorridas do confinamento aos serviços substitutivos, outras que compartilham com seu familiar uma peregrinação entre serviços de saúde e aqueles que se instrumentalizam para trabalhar na área. Esse delineamento generativo aparece na medida em que ouvimos e retomamos os relatos em sua dimensão pessoal. A vivência que cada protagonista apresentou, apesar do seu caráter “singular”, atravessa um fundo mais amplo do qual todos nós compartilhamos.

Cassia, ex-usuária, expressa em seus relatos o sentido que atribuía à sua vivência como “paciente” e à maneira como, posteriormente, pôde encontrar e se vincular com um serviço configurado por premissas de restabelecimento da sociabilidade nos moldes do movimento de Reforma:

O paciente, ele ficava do lado de dentro do hospital, recebendo toda a espécie de tratamento e quando era o dia de visita, dava uma vestimenta bonita pro paciente que tava lá guardada pra visita. Entregava limpo. Aí o paciente chegava ali... Como era o meu caso muitas vezes, eu chegava assim, virando os olhos. Meia mole. Não parava. Não queria nada... (Cassia, usuária)

Realmente a visão da terapia é a coisa melhor que tem. [...] Eu cheguei no grupo. O primeiro dos grupo meu pai participou. Teve uma vez lá no hospital dia... O café. O café era bombom. Enchia de bombom pra todo mundo. Aquilo me deixou muito. E era um dos primeiro. Me deixou muito assim... Emocionada. Como que podia ter um grupo. E ainda ter café pra todo mundo, né? (Cassia, usuária)

Cassia reconheceu uma mudança processual nas vivências em saúde mental, que podemos referenciar como a saída de um modelo manicomial para um modelo psicossocial (Amarante, 2007; J. Barreto, 2005). Cassia vivencia o isolamento durante parte de seu tratamento num hospital psiquiátrico de caráter asilar e posteriormente teve a possibilidade, em outro momento histórico, de confraternizar com as pessoas, também, em um hospital, mas

com outras características. Essa transposição foi vista como um evento surpreendente: “como que podia ter grupo e ainda ter café?” [sic]. A mudança angariou uma característica inovadora e, ao mesmo tempo, favoreceu uma disposição afetivamente engajada de Cassia nos primeiros contatos com o novo cenário: “me deixou muito assim... Emocionada” [sic]. As dimensões supostamente cotidianas de tomar café e se vestir foram destituídas do caráter corriqueiro e autônomo no modelo anterior.

Por sua vez, Fábيا, familiar, em outro espaço e tempo de tratamento, confirma a indisposição diante de algumas formas de intervenção às quais seu filho foi submetido. Da negativa da mãe à contenção e à internação, surgiu a possibilidade de integrar um serviço reconhecido como substitutivo, o qual proporcionou avanços, como, por exemplo, através do ato do familiar “falar” sobre si:

Aí o pessoal tinha até comentado comigo da (*nome do local onde o filho foi contido*). Falei: “Não”. Eu não quero. Porque ele ficou seis meses lá, ele saiu pior do que ele entrou. E ninguém conseguiu fazer nada por ele assim... (Fábيا, familiar)

Os paciente que sai falando: “Hoje (*nome do filho*) conversou. Hoje (*nome do filho*) falou isso. Hoje (*nome do filho*) falou aquilo. [...] É o que eu falei que até então, ninguém conseguia tirar isso dele aqui. Nos atendimento, nem nada. Ele sempre se fechava. Quando que falava... ele ficava bravo [...] Tão importante, que aqui ele conseguiu falar muita coisa... (Fábيا, familiar)

Conforme compartilha Fábيا, as vivências de contenção e internação tiveram pouca resolutividade e melhora para o familiar, ao contrário, os procedimentos teriam provocado um dano maior. A busca pelos tratamentos envolvia distanciar-se dos espaços de contenção, identificando uma possível melhora em um serviço que possibilitava a interação entre os usuários. A ação de “conversar” é expressada por Fábيا como um sinal de melhora do filho, a partir do cuidado oferecido no Hospital Dia.

A oposição ao asilo e suas precárias condições apresentada por Cassia e retomada pela vivência de Fábيا, também tocou a experiência do profissional que optou pelo trabalho nesse campo. José fez sua escolha pela Psiquiatria com uma postura crítica frente ao cenário de “manicomiozão” [sic]. O profissional, ao mesmo tempo em que estabelece esse posicionamento, ao ser convidado a compartilhar de experiências ditas inovadoras em saúde mental, apresenta dificuldade nessa inserção:

[...] A parte prática espanta o aluno de medicina que se forma lá em (*cita o nome da cidade de origem*) na Psiquiatria, porque lá é no Hospital Psiquiátrico, Manicomiozão, sabe, hospital daqueles bem antigos, e a estrutura é **ridícula**, medieval, assim... tem professores bons, mas a estrutura física, enfim, a maneira como o Hospital é tocado, sabe, ah... o que existe lá, para o paciente é medieval, então ninguém quer fazer psiquiatria. (José, médico residente)

O Hospital Dia foi muito importante pra essas descobertas todas pessoais e... porque foi o lugar que

muito me angustiou quando eu cheguei aqui no R1 (*Primeiro ano de Residência em Psiquiatria*). Cheguei e comecei com estágio na (*nome de outro setor da residência*) que é uma coisa meio médica clássica, né? Checa os exames, você tá de jaleco, olha eletro...paciente tá ali...tá aquela assimetria... Chega no Hospital Dia você tem mais contato com os pacientes [...] O Hospital Dia é o primeiro lugar em que a maioria de nós médicos chega na residência...nossos colegas todos na maioria vão falar o que eu falei agora: Você chega e o primeiro lugar na história em que ele pedem “Tira o jaleco”, geralmente eles obrigam o jaleco, aqui não... Aqui é: “não, vá comer lá com o paciente”... sabe? [...] (José, médico residente)

José reconhece o aspecto precário do serviço de saúde mental onde realizou sua formação médica, e busca outro espaço para realizar sua especialização. Por outro lado percebe a própria aflição no momento em que precisou inserir-se como profissional em um modelo que se aproxima do psicossocial. As marcas generativas da formação médica indicariam uma maior adequação à manutenção do distanciamento entre profissional e usuário. O residente exemplifica uma prática cuja função clássica está ligada a realização de procedimentos e a manutenção da assimetria nas relações. Quando ocorre o contato com o HD e a retirada do emblemático jaleco é preciso lidar com isso, elaborar, sair do que está naturalizado para angariar, com dificuldade, um novo modo de compreensão das relações consigo e com o outro.

As experiências compartilhadas sobre o contexto mais amplo da saúde mental, em suas diferentes singularidades, indicam um cenário em transformação, seja na vivência do usuário, seja na do familiar ou na do profissional e ressoam como uma tendência compartilhada entre os participantes. As vivências de Cassia que retrataram a exclusão da pessoa em sofrimento mental há cerca de vinte anos, ligam-se à experiência da mãe de um usuário contido há cinco anos, e do profissional José que reconhece o desinteresse e espanto com o modelo de tratamento que encontrava no local de sua formação médica há seis anos. Quando, por sua vez, os participantes relatam sobre o contexto mais atual envolvendo o Hospital Dia, revelam a aproximação com o novo modelo de atenção em saúde mental, marcado generativamente por princípios da Reforma Psiquiátrica em correlação com os resquícios históricos do modelo asilar.

Da mesma forma que os participantes integravam um anteparo de experiências em saúde mental, traziam também significados prévios sobre o sentido de “grupo” como um trabalho de assistência, que por sua vez, compôs um fundo generativo acerca do GCSM. Para os participantes a dimensão do “grupo” como forma de cuidado em saúde mental aparece, especialmente, ligada às práticas associadas ao modelo psicossocial. O grupo ainda é compreendido como algo novo, especialmente entre os profissionais. É visto como um trabalho que precisa ser aprendido em seus potenciais, na lida com o desconhecido,

identificando suas dimensões, limites e potenciais. Podemos ressaltar o aspecto do ‘desconhecido’ na fala compartilhada por Antônio:

Assim que meu contato é assim... Até brinco com aquela frase que Camões usa... “Mar... mar antes nunca navegado”, né? Quer dizer, é um território muito desconhecido, quer dizer... Até hoje desconhecido. Só que hoje é um desconhecido... Antes eu acho que era desconhecido por uma questão do medo, né? Por... o cara não sabe o que vem... Hoje o desconhecido com vontade de conhecer mais... É diferente a motivação, né? [...] Assim de você... De você ver o paciente numa outra perspectiva. Nossa... você amplia muito seu conhecimento. Isso é uma coisa assim. Ainda mais eu, acho que eu tinha essa visão do médico, da consulta. Essas outras modalidades, o grupo, a TO. (Antônio, médico residente)

Antônio relata o tema como um desconhecido que mobiliza a busca por conhecer. Antes do contato com o HD, diz centrar-se em um conhecimento clássico de consulta médica em um modelo biomédico. O grupo como um trabalho em saúde surge em associação às práticas médicas e, progressivamente, angaria um aspecto inovador e de revisão acerca do adoecimento e do tratamento (Bechelli & Santos, 2004; , Boris, 2013; Yalom & Leszcz, 2006). De acordo com os profissionais que participaram do estudo, o trabalho em grupo, seja em um modelo biomédico ou em paradigmas psicossociais, foi pouco divulgado durante a graduação, apesar de que, segundo Bezerra (1987) houve um desenvolvimento significativo dessa opção metodológica no país, no momento pós Reforma Psiquiátrica.

Só trabalhei nos grupos aqui na residência de Psiquiatria, né? Na graduação... Não participei, não (Davi, médico residente).

Eu não sei até que ponto eu ia... incorporaria isso na minha prática. Eu acho que sim. Mais é... Eu não sei até... Qual a minha empolgação assim, pra, até aonde que eu iria. Se eu faria isso a vida inteira... Assim e tal. Mais talvez fazer por um tempo... Pra experimentar. E se der certo. E também assim, se você entra tem que ter o comprometimento, não é? De ficar e fazer o grupo, né? Não fazer o grupo, ad eterno. Mais pelo menos assim, um ou dois anos cê tem que seguir o grupo. Eu acho que eu não... É... São dificuldades minhas também assim de... de... Tenho dificuldade de me colocar. De prestar atenção. De assumir o papel de coordenador, né? (Davi, médico residente)

A aproximação do trabalho grupal feita pelo profissional é acompanhada de um processo de perceber-se como alguém que conduz um grupo, não como algo que já é naturalizado na prática, mas como um elemento que precisa ser “testado”. Associado a esse aprendizado, Davi aponta a questão pessoal de coordenar um grupo e as qualidades necessárias para tal. O movimento de assumir a condução de um grupo envolve um desdobramento pessoal e de aprimoramento da sua própria formação.

Na vivência dos usuários e familiares, por sua vez, a oferta dos grupos aparece como uma saída em construção e em aprimoramento, especialmente, traduzindo uma nova possibilidade de incluir outros elementos e pessoas por meio da presença da família no

processo de tratamento. Na singularidade das vivências, o grupo é significado em uma tendência compartilhada por sua possibilidade de promover formas de sociabilidade, de experiências compartilhadas e humanamente comuns, como a de partilhar com a família, de conversar uns com os outros, de exercitar o corpo, dançar e reconhecer outras formas de serem cuidados e de cuidar de si.

Vou contar minha vivência dos grupo do (*nome do hospital*) pra cá. Que foi em noventa e dois que eu comecei participar de um grupo, que era lá do (*número do andar*), que eu era paciente, então eu participava dos grupos. O quê que era? O quê que era bom pra mim? Eu achava importante os grupo, porque no caso da psiquiatria, porque eles traziam a minha família pra conhecer a psiquiatria.[...] Tinha isso já de grupo. Faltava um quê a mais, sabe? Faltava o quê ? A sequência. Porque a gente saia e depois não tinha mais aonde fazer o grupo. Não tinha sequência. (Cassia, ex usuária).

[...] Aqui já é diferente. Aqui além de ser paciente, conversa com os médicos, conversa com os... com tudo... com o geral, né? Com os profissionais todos. E... e com os pacientes também a gente conversa. Então é diferente, sabe? Eu me sinto aqui como se eu estivesse numa escola. Que aqui é um hospital escola, né? E eu me identifiquei como se eu estivesse numa escola. Não num hospital... (Ana, usuária interna)

[...] Muito bom aqui. Grupo de TO. É... O de educação física, porque esse liberava... No começo eu não gosto, assim. Você fala... “Nossa! Um grupo de educação física...” Mais aí quando você começa fazer. Você começa a esquentar. Vixe você... Tinha um negócio que eu fazia, que, a gente tinha os dias de exercício assim. Exercício contado. Flexões, essas coisas. Mais tinha dia que colocava a gente para dançar. A gente dançava, pulava, enrolava no chão. Aí depois tinha relaxamento. Era um dos melhores dia... (Severino, ex-usuário)

Cassia pontua o grupo como aspecto inovador que permitiu a presença da família nos espaços antes centrados no paciente, no entanto, aponta como deficitária a falta de “sequência” [sic] dos grupos no pós-alta. Ana, por outro lado, expressa que nesse novo “serviço” havia a opção de conversarem uns com os outros, com outros pacientes e outros profissionais, além do médico, o que em si era apresentado como diferente do que ocorria em suas experiências anteriores. Já para Severino despertou um novo jeito de se relacionar com os outros e com o mundo, onde “liberava” as possibilidades e se surpreendia com o que poderia ocorrer em cada grupo que vivenciava.

Nesse aspecto, as famílias encontravam nos grupos a possibilidade de distanciarem o familiar em sofrimento do que foi vivenciado anteriormente e identificavam a oportunidade de interação, de constituir um espaço de cuidado diferente do que se teve antes:

Então ele precisava assim, de realmente interagir. Com orientação dirigida. Que é o que eu imaginava que existiria no Hospital Dia... Então. Aí a (*profissional do HD*), já no primeiro dia: “Olha. Nós temos os grupos. Dia de quarta feira tem um grupo pra família que é uma coisa muito legal. O apoio familiar... Vocês vêm aqui. Vocês trocam experiências de vocês. Aprendem um pouco mais a respeito da própria doença. Tem o grupo da terça feira do (*nome do organizador*). Que é um grupo comunitário aberto. Pra você ter um outro olhar pra vida... Que aí os pacientes participam junto. E no grupo familiar. Uma vez por mês, a gente junta os familiares com os pacientes... E é muito legal. Então seria muito legal se você pudesse vir.” Eu falei. “Pode ficar tranquila. Que eu vou ser arroz de festa aqui dentro” (Marcia, familiar)

Agora desta vez ela pegou firme também. Ela participou de tudo. Eu falei pra ela. A gente vai pro HD de novo. Só que eu quero que você entra em todas as atividades. Não gosta muito da ginástica. Mas você tem que fazer ginástica. Pelo menos você perde um pouquinho da gordura (Joana, familiar).

Para os familiares, interagir é uma característica de destaque ao dispositivo de grupo visto como uma “saída” inclusiva no processo de tratamento. O Hospital Dia e seus dispositivos de atenção, com foco em grupos e atividades de sociabilidade, intencionalmente se ligaram ao contexto mais amplo de atenção em uma tendência substitutiva. Os participantes referem-se aos outros serviços da rede de saúde mental nos arredores do contexto pesquisado e apontam algumas diferenças:

Os serviços são muito diferentes. Muito mesmo. Muito. A mentalidade é muito diferente. Só pro cê ter uma noção, tem um ambulatório de (*nome da psicopatologia*) aqui que não tem terapia. Já viu isso? É... não tô criticando. Mais assim. Então tem serviços diferentes. Só medicação. Então assim, né? A gente dá! E eles agora tão numa fase que dão muito plantão na urgência. É outra pegada... Você não pode chegar lá pensando em fazer um “grupo comunitário de urgência”. Você tem que fazer o que tem, né? (Antônio, médico residente).

Quando foi na semana que ia dar alta ele me chamou. Sentou lá no refeitório. Ficou conversando comigo. Ele falou. “Olha. Eu tô pensando em encaminhar o (*nome do filho*) pro Hospital Dia.” Eu falei. “Você tem namorada? Porque eu vou te dar um beijo na boca”. Eu falei. “Por caridade... Tudo que eu mais quero na vida, é que meu filho vá para um serviço, onde ele tenha... Núcleos terapêuticos. Onde ele tenha interação social com as pessoas. (Márcia, familiar)

Antônio sugere uma compreensão dos serviços onde “tem que fazer o que tem” [sic], se é urgência, entende-se um modelo de impossibilidade de outros elementos que não o costumeiro. São fundamentos que imprimem uma visão padrão dos serviços disponíveis na rede, com um espaço de pouca reflexão acerca da reinvenção de práticas e viabilidade de novas ações na área saúde mental como um todo. Márcia, em outra perspectiva, expressa, a faceta de quem busca os serviços e demonstra sua súplica: “por caridade” [sic] no vislumbre de outro serviço para o filho, após períodos de internações e recaídas. Tal panorama dialoga com o espectro mais amplo no País que vivencia uma precarização do sistema de saúde como um todo junto à ausência de uma implantação efetiva da rede substitutiva com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a resistência da oferta de leitos nos hospitais gerais e o abandono da reformulação do ensino de Psiquiatria (Onocko-Campos, 2015, Amarante, 2007).

O HD, distante de ser uma instituição ideal, é apresentado como um espaço que oportunizou experiências mais atentas ao caráter reformista, seja no oferecimento de espaços de interação e reabilitação, seja na oportunidade dos seus agentes repensarem o aprendizado clássico centrado na consulta clínica, no jaleco, na medicação e no médico como “chefe” da equipe.

Em si, as experiências e seu processo generativo demarcam uma visão de saúde mental e do grupo como um movimento progressivo, em que um (saúde mental) ressoa na possibilidade do outro (grupo) se firmar como prática de cuidado. O “fundo” delineado na relação com os participantes está contido e contém o GCSM que representa a “figura” do estudo. Dessa maneira, compartilhamos de um cenário em pleno movimento, onde o grupo potencialmente depende de um contexto que responde às diretrizes psicossociais para se firmar e também para ser “ensinado” como prática legítima em saúde mental.

.4.2.2 Grupo como potencial terapêutico

O GCSM foi descrito pelos participantes quanto aos seus aspectos estruturais, a sua finalidade, benefícios, limitações e por relatos que exemplificavam momentos vividos na prática, ou seja, ao serem mobilizados a discorrer livremente sobre o GCSM, apontavam o que o diferencia em relação às outras modalidades de trabalho, em especial aquelas desenvolvidas no Hospital Dia.

Segundo a ótica dos participantes, o GCSM está ligado à proposta de reconhecimento e significado da vida, uma atenção a si mesmo e ao mundo que se associa a um sentido de cuidado pela via de significação sobre o cotidiano vivido:

[...] uns fala mais da vida, como o comunitário, fala mais da vida. Da...agora o outro? (pensa)... O sentido da vida. Como é a vida lá fora ou aqui dentro. Lá fora como você relaciona com as pessoas... Com as pessoas, com a família, os parentes, os amigos. Então assim... A vida, né? Acontecendo a vida... Caminhando. A vida em si. Né? Viver mesmo. (Ana, usuária do serviço).

Tem a ver muito com a maneira que eu vejo... Que você se olha mais... [...] Essa questão de ver o sentido nas coisas. Não consigo dizer o nome do quê que isso desperta. Mais desperta muita coisa, eu acho. (Antônio, médico residente).

A gente prestar mais atenção numas coisas, né? Na vida. Que às vezes a gente deixa passar despercebido. Muitas coisas, né? Não que eu não... o grupo. Eu acho importante algumas coisas... Uns assuntos. Eu acho que eu levo pra mim, né? No meu dia a dia, e prestar mais atenção nas coisas, né? É ficar atento. (Fábia, familiar)

O GCSM é reconhecido, por seus participantes, como um espaço de busca pelo “sentido da vida”, condição que passa a inserir o grupo como veículo de atenção aos acontecimentos cotidianos, onde não se foca a doença e o saber etiológico sobre ela, mas a compreensão das experiências vividas, a inspiração que a vida fornece quando se presta atenção nos acontecimentos e nos diferentes interlocutores com os quais convivemos. A expressão “a vida em si, né? Viver mesmo”, conforme aponta Ana, é tido como algo que não

tem muito a ser teorizado, angaria sentido sem maiores esforços explicativos. A descrição dos participantes está voltada para o “olhar mais”, prestar mais atenção como relata Fábria, ainda que essa significação venha acompanhada de certa dúvida quanto ao que seriam as “muitas coisas” despertadas por essa atenção diante da vida e o efeito terapêutico que isso promove, conforme, traz Antônio.

Essa característica de valorização da vida reverbera na maneira como o grupo está desvinculado da noção clássica de prática em saúde mental voltada aos padrões psiquiátricos e nosográficos, em especial no que se refere à finalidade e à composição grupal, conforme aponta o participante José:

E... e... no grupo comunitário, isso fica... a gente praticamente exclui a questão de... que sintoma que a pessoa tem. Que que ela tem de diagnóstico. O tratamento que ela faz. Não interessa. Interessa nem se é doente mental ou se é considerado doente mental. Ou se é uma pessoa considerada mentalmente sã. Mas o que importa é a pessoa estar ali, com a... com a intenção de... de compartilhar alguma coisa com as outras pessoas. E de... e... receber a coisa de outras pessoas também... (José, médico residente).

Para José, o sentido de atenção à vida, a disposição de estar “ali” para compartilhar e receber entre si, está sobreposto ao interesse e à aproximação com vistas a um tratamento específico de doenças e a construção de um diagnóstico. No GCSM o “doente mental” [sic] não participa por ser “doente mental” [sic], e aquele tido como “mentalmente sã” [sic] participa em um lugar que não prevê a sobreposição ou a ação educativa de alguém que vai para testemunhar a saúde, características que, segundo o residente José, trazem um entendimento de que o grupo é para ‘pessoas’ [sic]. Os participantes convergem no sentido de que compor o grupo envolve ter uma experiência, em um aspecto genérico compartilhado por todas as pessoas. Nessa compreensão, o GCSM abarca em seu escopo pessoas em geral, que vão intencionadas a compartilhar e receber experiências. A proposta de “a atenção à vida” [sic] traduz um aspecto mais geral e que não requer um saber especializado, ou uma condição de participação. Em outros termos, estar no grupo, envolve dispor-se a uma condição primária, anterior às explicações de qual é o papel ou vínculo institucional de seus componentes, o que por sua vez desperta novas posições diante de si e da própria vida:

Ah!! Deixa eu ver um jeito legal de te explicar. As coisas simples que acontece. Tipo, hoje mesmo. Peguei. Fui lá. Comprei dezoito pão de queijo. Trouxe pra cá. O (*nome do organizador*) trouxe um saco assim de biscoito e gente trouxe bolo e todo mundo lá comendo, conversando. Essas coisinhas pequenas assim que acontece no grupo... Deixa um gostinho... Um gostinho igual gosto de fim de ano de escola. Quando você tá no fim de ano da escola e tá tudo meio vaziado assim... E... e todo mundo querendo ir embora. Querendo... Feliz que vai acabar. Esse gostinho de felicidade. Esse gostinho de fim de ano assim... (Severino, usuário)

Severino amplia o significado do GCSM para algo que não ocorre somente no grupo, mas nos preâmbulos dele. A participação, nesse sentido, aparece como um movimento vinculado à vivência como um todo, como uma “coletividade”, que associa a possibilidade de interagir e contribuir com o “pão de queijo” como um lugar em que não se destaca o conhecimento sobre estar em um trabalho, mas o sentido atribuído pela experiência do convívio. Tal aspecto alude ao sentido comunitário da proposta, que espelha o processo angariado ao longo do tempo³⁷. O “gostinho de final de ano”, a compreensão sutil de que quando se está junto e se sente bem nesse encontro, algo “feliz” e “terapêutico” é construído.

Essa possibilidade faz referência ao sentido terapêutico das práticas de grupo e na saúde, inicialmente conceituado por Moreno (1959/1979). Trata-se, no GCSM, de um terapêutico que pode surgir nos intermédios, nos encontros pouco sistematizados que, por sua vez, sinalizam a importância e o potencial de inclui-los na promoção de cuidado acerca do humano. A dicotomia entre psicoterapêutico, como uma prática amparada cientificamente em moldes clássicos, e o terapêutico, como um cuidado que surge em qualquer espaço sem uma finalidade prévia (Moreno, 1959/1979), contribuiu para atenuar a atenção sobre os encontros que ocorrem nos bastidores das metodologias em saúde, e que no GCSM aparecem entre os participantes como relevantes no conjunto do processo. Essa dimensão mais ampla de terapêutico ressoa também na colocação de Cassia:

Eu acredito que começo com minhas orações. Às vezes é pequena. Eu não tenho estudo... Igual todo mundo tem muito estudo. Eu não tenho.[...] Mais eu tenho outra coisa, que é a minha vivência. É a minha vivência do dia a dia... (Cassia, ex-usuária)

Cassia aponta a maneira como entende sua participação no grupo. Reconhece um lugar de protagonismo quando legitima sua participação por deter a própria vivência, não importando o grau de escolaridade ou o conhecimento técnico. O empoderamento e protagonismo da usuária começam a ser exercidos nas orações e no compartilhar das vivências do dia-a-dia, instrumentalizando uma oferta ao outro e restituindo para Cassia o lugar de alguém que colabora, que mobiliza e contribui com algo de si.

Para os participantes, o cerne da diferenciação entre o GCSM e os demais trabalhos está nesse foco dado à “vida” e seus acontecimentos. Por outro lado, o compartilhar em uma dimensão coletiva e comum, que é tida como premissa em outros trabalhos em grupo (Osório,

³⁷ A perspectiva comunitária do GCSM foi tematizada por Cardoso (2012), na perspectiva de Edith Stein (1922/1999), ressaltando que a via de trabalho do grupo busca o encontro entre sujeitos de forma genuína por meio de temas vitais que culmina numa postura solidária entre as partes. Essas características dialogam com o conceito de Comunidade desenvolvido por Stein.

2007; Yalom & Leszcz, 2006), recebe uma clareza singular no GCSM.

Que nem é, alguns falam assim. Você, quando você consegue enxergar a experiência de outra pessoa... Assim, consegue ver através dos olhos dessa pessoa, essas experiências que ela passou, que ela tá relatando. E às vezes você consegue sentir, né? É... O quê que ela sentiu nesse relato. Pode ser uma coisa simples assim. E quando isso acontece. Acho que aí que tem. Eu acho, tem, faz a diferença no grupo, né? Quando você consegue participar dessa forma. Mesmo que não diga nada, não participa, não traga nada... Mais se você conseguir sentir isso, né? É... um... é o que eu acho que faz a diferença no Grupo Comunitário, né? Em vários momentos eu senti isso assim... (Davi, médico residente).

Davi explora a abertura a experiência do outro, estar aberto para que consiga “olhar pelos olhos de alguém” [sic]. Mas esse movimento envolve “conseguir fazer”, “conseguir participar”, “e às vezes, você consegue” [sic], não é algo natural. Estar aberto em um movimento dativo é uma dimensão que realiza a saída de uma subjetividade intencionada ao outro, essa saída pode se dar superficialmente ou, em um domínio mais ‘detido’ a coisa mesma. A profundidade, nesse aspecto, não é teorizar sobre o dito, ou aconselhar sobre o compartilhado, mas vivenciá-lo na condição de intropatia (Husserl, 1926-38/2012). Essa visão intersubjetiva é resgatada mais explicitamente por Antônio e por Joana:

Uma das palavras é a empatia, né? Toca muito quando você vê a posição. Se vê na posição do outro. Eu acho que é uma, uma das coisas assim. Ah... por exemplo, é... o que o (*nome de um paciente*) contou hoje, por exemplo, me... fez pensar, né? Eu conhecia um pouquinho dele. O que o cara já passou, né? E o cara escreve um texto sobre esperança. Depois de tanta coisa que ele perdeu. Assim. Tentar pensar como é que seria isso comigo, né? Se colocar na questão de pensar... não só, mas olhar a janela do outro, né? Olhar na janela do outro. Acho que é isso. (Antônio, médico residente).

Essas reuniões da terça... Muita coisa ali ajuda muito a gente, né? Que a gente vê que tem gente que fala, que... igualzinho tá acontecendo com a gente. Mesma coisa tá acontecendo com a gente (Joana, familiar).

A empatia explicitada numa dimensão conceituada como “olhar pela janela do outro”, “olhar com os olhos do outro” [sic], sem, no entanto, perder de vista a própria subjetividade, angaria na fala dos profissionais uma articulação mais rebuscada do que a que ressoa na expressão da familiar Joana, quando expressa acontecer com o outro “igualzinho” [sic] acontece com a gente. Há nas colocações o encontro de afetos, potencialmente favorecido pela atenção à vida e ao seu compartilhamento mediante uma abertura para se deixar tocar. A dimensão empática foi ressaltada por Cardoso (2012) sobre o GCSM, em especial, com destaque a capacidade ontológica que o homem detém de entrar em contato com o outro em um sentido de alteridade, singularizando-se e comparando suas vivências.

De acordo com participantes, para que haja um aprofundamento no encontro empático é necessária uma abertura, o que implica responder o convite de dispor-se a estar atento e compreender o que está sendo exposto em um nível inteligível para si. A ocorrência de um

encontro, ainda que a relação eu-outro e eu-mundo seja reconhecida como ontologicamente compartilhada pelas pessoas (Husserl 1926-38/2012), demanda uma disposição atenta para que o encontro efetivamente possa ocorrer:

Eu acho que é alguns assuntos que eu não acho muito interessante não. Assim. Quero assim... Pode ser pra mim. Pros pacientes. Que às vezes o paciente fala pra mim, né? Sabe essas coisas? Eu nunca falo nada do que eu acho, né? Pra não desencorajar eles. [...] Porque livro. Ninguém muito tem o hábito, né? De ler, né? Muitos pacientes, Muitos que tão ali, não tem nada. Eu não tenho hábito, né? Já tive muito isso. Mais muito tempo atrás. Então eu não tenho hábito. Tem coisas que você nem, não entende. Começa o... Nesse assunto não tem nada a ver. Porque eu não entendo. Fala de, de, ator... Gente... Dos atores do livro ali. Nem sei como fala isso. O que escreve lá... [...] Que nem hoje tinha bastante coisa assim que... De música até ponho pra escutar. Mais as músicas que eu, que às vezes eu ponho pra escutar, não têm nada a ver da gente falar (Fabia, familiar)

Fabia aponta encontrar dificuldades de participar nas vezes que não compreende o que o outro compartilha, “nem sei como fala isso” [sic] ao se referir ao nome de autores de livros. O encontro com a experiência no grupo implica, nesse aspecto, uma abertura ao outro, mas também uma “afinidade” de olhar que dialoga com a capacidade de compreender se aquilo o que é mostrado correspondente ao seu gosto, ao seu costume e a sua natureza³⁸. Se o outro traz um trecho de um livro, e a pessoa não tem o “hábito” [sic] de ler, ela pode não compreendê-lo. Essa disposição convida à reflexão de um aprimoramento da proposta do GCSM no sentido de aproximar-se dessa falta de compreensão, mediando se há uma busca e intenção de se aproximar do que está supostamente distante do cotidiano. Além disso, Fábica expõe a dificuldade em valorizar, em encontrar algum mediador que possa ser compartilhado sobre seu cotidiano, exprimindo uma ressalva sobre seus próprios gostos “que não tem nada a ver da gente falar” [sic]. O dia-a-dia de Fábica não aparece legitimado e valorizado, suficientemente, para ser compartilhado. Ela teria uma experiência para compartilhar, mas sofre uma interdição de si para apresentá-lo. Essas dimensões apontadas entre os participantes e também identificadas na observação participante de estar aberto para si e para o outro, envolvem a possibilidade de explorar a inteligibilidade da proposta terapêutica de atenção à experiência de maneira acessível e em colaboração conjunta para que os participantes “consigam” (como expressa Davi) compreender o proposto e sintam legitimidade para dar atenção à própria vida.

Os participantes constroem também, uma compreensão em torno da estrutura do GCSM (dividida em três momentos: 1. sarau 2. relato de experiências, e 3. elaboração do

³⁸ Essa dimensão crítica tem ressonância no conceito de experiência elementar, entendido como um agrupamento de elementos constitutivos fundamentais presentes na pessoa humana que podem ser identificados em expressões como a busca pela beleza, realização, justiça e que permitem um olhar crítico sobre o que faz ou não sentido para cada um de nós (Giussani, 2000).

trabalho grupal) e reconhecem uma caracterização geral do grupo, retomando, em especial, a figura do coordenador para promover um sentido ao trabalho desenvolvido e ao que é proposto:

Ah, eu acho a única coisa diretiva é assim. Então vamos fazer nossa primeira parte. Aí faz a primeira parte. Então vamos fazer a segunda parte. Aliás o (*nome do organizador*) desde que começou pra... até agora. Ele mudou demais da conta. Ele era muito mais diretivo. Ele era bem mais. Que agora ele tá mais assim. [...] tá mais do grupo. (Márcia, familiar)

Que eu vejo no comunitário, eu tô ali como todas as pessoas. Eu não vejo o (*nome do médico professor*), inclusive fazer... como coordenador. Eu acho até... Ele organiza o negócio. Mais ele também se põe como participante, né? (Antônio, médico residente).

Nas expressões de Márcia e Antônio, a organização do grupo não tem se mostrado enrijecida e vem se redimensionando ao longo do tempo. Perceber que o coordenador ‘mudou’ ou tem uma postura diferente, menos diretiva, conforme expõe Márcia, aponta para um ganho no sentido de que o coordenador “está mais do grupo” [sic], ele ‘pertence’ ao trabalho. Antônio, no mesmo sentido, atribui o papel de “quem organiza” [sic] para o coordenador, com vistas a dar evidência à forma como este se inclui no processo e, assim, distancia-o do sentido de uma coordenação clássica de grupo, que pressupõe isenção e não participação pessoal no processo. Em outras palavras, o coordenador abrir-se ao outro, participando e compartilhando experiências, traduziu um elemento peculiar, em especial observado na expressão de Márcia, “desde que começou pra... até agora”, atribuindo uma temporalidade ao relato sobre o GCSM. Nessa perspectiva, o foco passa a ser o compartilhar, inclusive para aquele que supostamente apenas conduziria as etapas, sem delas participar.

Nesse contexto, o sentido tradicional de ter algo a ser cumprido no grupo, mediado por alguém que coordena como nos modelos clássicos, cujas relações são marcadas pela assimetria coordenador-pacientes, não aparece constituindo a visão de estrutura do GCSM, sendo ele mesmo, compreendido pelos participantes como um grupo aberto, voltado para todas as pessoas, em que se trata de reconhecer os acontecimentos da vida (seja pela via da experiência de vida, de um texto, de uma música) que tenham provocado um significado que outrora não havia sido dado ou valorizado:

Não sei se você tava e viu, né? Quando (*nome de uma usuária*) falou... Trouxe aqueles poemas que ela traz que falava do pai dela. Aí eu me lembrei... E ela falou daquilo. Aí do nada... Eu acho que ali você tá aberto pra, pro grupo, né? Isso é mais, isso facilita quando você tá aberto... Quando você tá fechado, que nem eu tava hoje, não, não, num facilita nada. Quando ela trouxe aqui, eu lembrei da, da minha infância... Que ela falou alguma coisa da seca, né? Que o pai dela, acho que é de (*nome de um estado brasileiro*), e tal. Ela falando da seca, eu lembrei, quando eu tinha oito anos, teve uma seca grande lá em (*ano*) e meu pai batalhando pra salvar o gado dele, não deixou nenhuma cabeça morrer, e

saiu transportando o gado, então ele trabalhava dia e noite assim, lidando com o gado pra não deixar... Ele quase faliu, né? Então eu lembrei disso tudo, é? Desse período que foi difícil. Na hora que isso aconteceu eu... Não tava nem na hora de falar de experiências, né? Tava na hora das poesias. Foi meio sem pensar... Eu acho isso foi engraçado. Se eu tivesse falado depois talvez não tivesse tido o mesmo efeito assim, que teve pra mim... Eu acho que reproduziu algum efeito no grupo assim... (Davi, médico residente)

Davi relembra na entrevista a experiência compartilhada no GCSM, motivado por outra participação. A “seca” tinha um significado para a usuária que tocou Davi e promoveu um retrospecto na sua vivência, um sentido espontâneo e afetivamente intenso da experiência com a seca, fomentando um “efeito” benéfico ao participante, com ressonâncias, segundo o participante, para o grupo “acho que reproduziu algum efeito no grupo” [sic]. A significação de uma abertura para estar atento ao outro, ressaltada por Davi, mobiliza uma atenção sobre si. O fechar-se implica, porém, atenuar a condição empática, expressa pela via da inteligibilidade do que é compartilhado como colocado por Fábria e também pela via de como estou disposto a me “entregar” ao grupo naquele dia. A disposição para uma “entrega” media a possibilidade de construir um efeito de reciprocidade no GCSM.

No individual, assim vamos supor, como a gente tá aqui. Eu sinto bem mais à vontade. Assim. A gente ri junto, do que a gente riu. Essas coisas. Eu conto um pouquinho mais das coisas mais à vontade. Mas no grupo lá fora, eu dou mais pras pessoas, tem isso. Aí me vem a gratificação. Então, pra mim dá na mesma, entende? Aqui eu me sinto mais confortável e exponho mais. Mais lá em conjunto, eu recebo e doo mais pras pessoas. E me vem a gratificação. Que pra mim é uma coisa muito boa... Importante, porque a gratificação que, que a gente ganha por ter ajudado o outro e a experiência que a gente ganha do outro é muito boa, e dura mais... (Severino, usuário)

Severino aponta como entende a ajuda que recebe quando está em um processo individual, em contrapartida a quando está no GCSM. A “gente ganha por ter ajudado o outro e a experiência que a gente ganha do outro” [sic] compensa o fato de ficar menos à vontade no grupo. Para Severino “receber” do outro é identificado como um benefício. Poder contribuir com algo próprio também resulta em uma gratificação, vista como outra forma de se ajudar e de ajudar ao outro. Severino reconhece ser ajudado “duas vezes”, ao mesmo tempo em que concebe uma lógica de reciprocidade por: doar e receber. Para Severino falar menos no grupo implica receber mais e nas poucas vezes que “fala” sente como gratificante no sentido de que o outro recebe. Há a significação de uma ajuda mútua que surge a partir do compartilhar de uma experiência e ressoa na construção de múltiplas possibilidades de ajuda. No cenário do GCSM, pode não se conhecer intimamente quem ajuda, e esse alguém que ajuda desconhece os outros que possivelmente ajudou, mas eles passam a se “reconhecer” na medida em que tocam uns aos outros. Para compreender esse movimento, podemos retomar o relato de Davi:

foi a “usuária” que compartilhou sobre a seca e ajudou “Davi” a se olhar, Davi não sabe maiores detalhes sobre a usuária, mas ela passou a compor a descrição de Davi sobre a experiência de si quando se toca no tema: “seca”.

A caracterização de ajuda por meio da atenção ao vivido, seja do próprio cotidiano ou por mediação do outro via uma ajuda mútua, é construída entre os interlocutores e por sua vez, possibilita uma inspiração metodológica do GCSM. Podemos associar a palavra método³⁹ em seu sentido etimológico, no sentido de reconhecer o trajeto percorrido para o alcance de um fim (Mitre et al, 2008). Um fim que, pela perspectiva dos participantes, envolve obter uma disposição benéfica pela via da contemplação, da atenção aos acontecimentos da vida, seja na própria história, seja na história do outro. A disposição pode ser ou não expressa oralmente, ainda que o participante não compartilhe uma experiência, pode se beneficiar do grupo, pois também está a receber e a observar empaticamente.

Porque ele falava (*remetia ao médico professor*), de que a gente tem que falar. Primeiro que me deu uma impressão. “Pô. Quem diz que eu tenho que falar... às vezes é um acontecimento não ter nada.” O que mais me pegou. Foi que eu achava que tava acontecendo muita coisa... (Antônio, médico residente)

Participar pela escuta ou pela fala implica perceber algo acontecendo, conforme expressa Antônio que, mesmo não falando no grupo, reconhecia que muita coisa estava “acontecendo”. Para tanto, compreender o GCSM pelo vivido dos participantes remete a um movimento de atenção à coisa mesma, uma postura de acolher a vida e o mundo, sem prendê-los a interpretações, ou suposições sobre o que é compartilhado. A experiência alcança um espaço genuíno, por si, não sendo previsto sobre ela explicações e interpretações técnicas do próprio coordenador ou de outros participantes.

Parar um pouco, sair um pouco desse circuito interminável de estar sempre envolvido com alguma coisa, ter um momento pra parar e... perceber alguma coisa que aconteceu que foi relevante, como que isso foi relevante, que sentimento tava gravado nisso, como que isso significa pra mim. Eu não costumo fazer isto espontaneamente. Do ponto de vista pessoal, acho que esse é o grande impacto que teria pra mim (José, médico residente).

O GCSM, mediante a proposta de atenção à experiência, fornece reconhecimento do humano, ao ter como premissa a suspensão do que está naturalizado no “circuito interminável” como explicita José, potencializando uma ressignificação constante do correlato sujeito-mundo, mediante a atenção e abertura à experiência.

A proposta de atenção ao cotidiano vem ao encontro da inspiração fenomenológica de

³⁹ Origem no grego, *methodos*, composta de *meta*: através de, por meio, e de *hodos*: via, caminho (Mitre et al, 2008).

realização de uma *epoché*. A associação da atitude fenomenológica ao GCSM foi pontuada por Cardoso & Ishara (2012) em dois momentos: o primeiro por suspender precedentes tipológicos, ou seja, considerar a condição última de pessoa humana entre profissionais, usuários, familiares e estudantes para participarem no grupo. E a segunda, de atenção à experiência de vida, na busca de um sentido que se mostra à consciência. A “parentetização” proposta por Husserl (1913/2006) parece ocorrer, ao passo que busca colocar em suspenso o teorizado e validado na visão clássica de grupo. Não se trata de uma negação das expectativas, mas da busca por vivenciar a experiência mesma, sem pretensão de substituir o que é compartilhado como experiência no grupo, por interpretações, conselhos ou sugestões. Há nesse aspecto, a valorização da experiência pela experiência.

Essa inspiração é uma forma de vincular o método ao contexto empírico possibilitado pela premissa da intencionalidade no correlato consciência/mundo vivido, ainda que Husserl não tenha problematizado tais aplicações clínicas (Husserl, 1926-38/2012). Parte-se da valorização dos significados à maneira como se apresentam, centrando-se à atenção ao mundo-vivido (*Lebenswelt*), ligada intrinsecamente a uma disposição humana natural, uma perspectiva padrão e automática que temos diante do mundo. A dimensão humana da atitude natural é reconhecida e legitimada para, então, promover uma nova disposição, atenta e suspensa, no sentido de recuperar um mundo ‘óbvio’, que deixa de sê-lo a partir do momento em que se pode retomá-lo, novamente, por outra perspectiva (Husserl, 1900/2012a). Fundamenta-se com isso, um exercício questionador, atento em uma correlação inseparável entre sujeito e mundo.

Por essa perspectiva, a experiência pautada pela relação entre consciência e mundo vivido, colabora na fundamentação de um significado que está associado ao objetivo geral do GCSM como uma ferramenta que visa a “um exercício pessoal continuado de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana” (Ishara & Cardoso, 2013, pg 27). Atenção refletida e legitimada nas experiências dos participantes, conforme traduziu José no relato anterior, e Fábria, ao destacar a atenção diante das coisas, “que às vezes a gente deixa passar despercebido” [sic].

Nesse destaque, o GCSM em um enquadre teórico e metodológico, recebe contornos de um trabalho influenciado pela perspectiva fenomenológica em diálogo com a diversidade empírica dos trabalhos clínicos ao se inspirar em um caminho de valorização da experiência cotidiana (Amatuzzi et al 1991, Gomes & Castro, 2010, Moreira, 2013, Safra, 2004). Segundo a perspectiva dos participantes, não há um foco hermenêutico/interpretativo e nem psicoeducativo na prática. Alcançar, porém, uma disposição atenta sobre as experiências

compartilhadas no GCSM em uma intencionalidade dativa e empática envolve, para os participantes, aprimorar a inteligibilidade sobre o que é proposto e uma “abertura” para fazê-lo, o que pode tornar o processo mais proveitoso.

Dessa forma, na experiência dos participantes entre usuários, familiares e profissionais o GCSM pode servir como uma ajuda, na medida em que possibilita um exercício de suspensão da suposta obviedade do cotidiano e legitima o dia-a-dia como instrumento que retoma a autoria da pessoa, conforme apontou Cassia: “Não tenho estudo, mas tenho a minha vivência”. Para tanto, a compreensão dessa suspensão e da abertura para tal é decisiva para o exercício proposto que ganha legitimidade por valorizar a experiência pela experiência como um fator terapêutico que amplia significações sobre si, o outro e o mundo.

4.2.3 Grupo como espaço de paradoxos

A presente unidade de significado foi construída em meio à atenção às dificuldades e dilemas identificados na experiência compartilhada entre os participantes sobre o GCSM. O reconhecimento do paradoxo envolve a problematização de elementos tidos como dicotômicos e contraditórios, no esforço de compreendê-los como integrados e intrínsecos ao fenômeno (GCSM) que, por sua vez, garantem um significado inacabado sobre o objeto em contínuo movimento⁴⁰.

A construção desse momento de análise traz significados das entrevistas e do campo da pesquisa em que os participantes discorrem sobre a relação entre saúde e doença, e os resquícios generativos de uma compreensão enraizada no modelo de saúde, como ausência de doença, e associada à naturalização da hierarquia entre profissional que detém o conhecimento sobre a doença e usuário fragilizado privado de saúde e protagonismo.

O enquadre proposto pelo GCSM, repercute em como a atividade é compreendida e por vezes destituída do significado de “grupo”, tradicionalmente atrelado às marcas históricas e cotidianas do modelo biomédico:

Os outros grupos são grupos mesmo [...] (R: *eu pergunto: Você falou. “Os outros grupos são grupos mesmo.” Quê que seria grupos mesmo?*) Não são comunitário. São destinados especificamente a doença. (Cassia, usuária)

[...] Grupo Comunitário, acho que, ele só usa o Hospital Dia assim. Porque ele pode, ele pode dar certo em qualquer lugar, entendeu? É um grupo que, eu não classifico como grupo do Hospital Dia.

⁴⁰ O paradoxo apontado em Husserl (1926-38/2012) sugere a impossibilidade de um conhecimento que separa o mundo científico do mundo da vida. Dessa forma, concebe o entendimento de que a relação paradoxal imprime que opostos integram a possibilidade de conhecer algo, pois revelam facetas de um fenômeno complexo.

Porque ele pode dar certo em qualquer lugar. (Severino, usuário)

A expressão da doença aparece como um sentido notório para atribuir a definição de “grupo mesmo” [sic]. Os grupos na área de saúde mental são de “doença”. Esse aspecto destacado por Cassia elenca como grupo outras atividades grupais desenvolvidas no HD, em geral coordenados pelos residentes que passam pelo serviço, supervisionados por seus preceptores. Esses grupos fornecem apoio às pessoas por meio de conteúdos que trazem a ligação entre pessoa e seu adoecimento, comunicando as nomenclaturas, os comportamentos previstos e as possibilidades centradas no tratamento. Ou seja, tais grupos têm como finalidade favorecer o tratamento e uma maior compreensão sobre a doença como uma categoria analítica de promoção da saúde mental.

Por sua vez, o GCSM é descrito por Cassia como “comunitário” e não como “grupo”, na medida em que tem perspectivas terapêuticas pela via do restabelecimento perceptivo entre sujeito e mundo, desvinculadas da estrutura direta da doença. Severino, em associação, aponta que o GCSM pode ocorrer em qualquer lugar, não se encaixando como um grupo do “hospital”, o grupo daria certo em qualquer lugar.

Esse elemento que estabelece o GCSM como uma prática afastada da fundamentação biomédica clássica (Camargo, 1985; Capra, 1991), que pode ser feita fora do hospital traz, por outro lado, de acordo com alguns entrevistados, dificuldades para participar do grupo. Movimento analisado nas entrevistas e nas observações participantes, em especial, na visão de alguns profissionais em formação, cabe ressaltar que o GCSM tem como característica de composição, a presença de usuários, familiares, profissionais, sem delimitar funções diferenciadas nessa participação. Imprime, além de uma revisão de práticas centradas na doença, um convite à horizontalidade das relações:

No grupo (*refere aos outros grupos que coordena no HD*) ainda existe sim a assimetria, mas já tem o Grupo Comunitário que não existe mais, né? [...] No Grupo Comunitário eu não entro com nenhuma preocupação ou responsabilidade terapêutica. Não... a principal diferença vai ser essa. Lá em (*cita o nome de um Grupo que coordenou quando se formou*) eu entrava com a preocupação que eu tava lá pra acrescentar, pra... mas pra acrescentar com a responsabilidade meio médica, responsabilidade terapêutica... tal o médico dificilmente foge dessa... dessa responsabilidade que a gente teve fixa na cabeça, né? De tentar ajudar... (José, médico residente).

José vivencia na experiência do GCSM, uma disposição diferente da que está acostumado quando participa de outros trabalhos grupais no contexto da saúde mental e ao longo de sua trajetória profissional. O GCSM, no enquadre que propõe, convida à problematizações acerca da maneira como o profissional entra nesse espaço. Estar simétrico

ao paciente coloca-o em uma posição sem “nenhuma preocupação ou responsabilidade terapêutica” [sic], destituindo o profissional de uma funcionalidade. O espaço costumeiro de quem conduz o grupo é esvaziado no GCSM, o que dificulta o engajamento na atividade, uma vez que tal engajamento aparece quando ligado à responsabilidade de ajuda como médico profissional, conduta já “fixa na cabeça” [sic]. Participar do grupo envolve a construção de um lugar que ainda está vazio, ou presumido apenas pela oposição ao ser médico.

A percepção do esvaziamento da função profissional vem acompanhada da dificuldade em compreender a nova disposição de estar participando como qualquer outro componente, olhando para si e para o usuário de um prisma diferente:

Tipo vê texto no Grupo Comunitário. Ficar vendo paciente falando coisa... (*risos*). É assim, sabe? Essas coisas, eu acho que acabam influenciando. Até porque isso é uma ideia que eu tenho, pela mentalidade médica que a gente sai. A gente sai pra não aceitar esse tipo de coisa, sabe. (Antônio, médico residente)

A expressão de Antônio aponta para a dificuldade encontrada quando chega a um espaço caracterizado por um modelo diferente daquele vivido ao longo dos anos de formação no curso de Medicina em que foi empoderado por um saber. A disposição simétrica mobilizou uma inconformidade para com a metodologia, que inicialmente é subvalorizada e, por vezes, compreendida com um significado “pejorativo” e superficial, não científica, sem finalidade, na medida em que não se percebe o sentido terapêutico de um paciente ler texto, ficar falando “coisa” [sic]. Tal conjectura mobilizou associações do GCSM aos grupos de encontro em igreja e na comunidade com tendência a reificação do senso comum, a partir de falas que remetiam a um otimismo ingênuo, no qual tudo é belo e bom. A compreensão de superficialidade, atribuída por alguns profissionais ao GCSM pode ser exemplificada em falas do tipo “ver a vida com outros olhos” [sic], ou “viva com amor”⁴¹[sic] que são expressões consideradas como pouco espontâneas e raramente facilitadoras por alguns dos profissionais e que não são previstas num contexto onde o terapêutico está, centrado em um “insight poderoso”, ligado ao processo de adoecimento e à hermenêutica clínica:

O senso comum incomoda o profissional (*risos*). Incomoda a gente, que a gente... ah... porque o que a gente estuda, não é o senso comum, né? A gente tenta sempre estudar alguma coisa mais, o além. O que as pessoas comuns não veem. E tal... então a gente tem a impressão de que se a gente ficar no senso comum, a gente tá fazendo nada (José, médico residente).

⁴¹ Exemplos extraídos do caderno de campo, pela pesquisadora com base na observação participante nos grupos e nas reuniões com residentes.

O incômodo diante do senso comum mobiliza José a situar-se como profissional qualificado da saúde mental quando alinhava uma compreensão para “além” do que as pessoas podem ver. Estabelece para o profissional, um lugar diferente do “das pessoas comuns”, quando se está na posição de médico, segregando a possibilidade de aproximar-se do que o outro vê e entende. O lidar com o comum é quase sinônimo de “nada”, de não fazer nada. Imprime uma necessidade de apreensão sobrevalorizada e idealizada do próprio saber sobre os outros.

Nesse movimento, para alguns dos profissionais participantes, constrói-se a percepção de que os grupos angariam uma tendência terapêutica e científica, quando trabalham com “o profundo” em contraposição ao senso comum (superficial), e dessa forma, o sentido profundo da experiência gera saúde e o superficial, perda de tempo. Porém, o entendimento de profundo, entre os profissionais, remete a um significado reificado com base nos modelos terapêuticos tradicionais, não necessariamente associando a profundidade à compreensão da proposta do GCSM de exercício cotidiano de envolvimento com a vida a ponto de pensá-la e significá-la.

A suposta ausência de conflito no GCSM integra parte desses questionamentos, no sentido de que os profissionais compreendem que mobilizar conflito pode ser proveitoso ao processo terapêutico, entendendo o conflito como um espaço onde é possível a confrontação e o estabelecimento de hermenêuticas.

No comunitário não aparece o conflito... Eu acho que seria uma coisa legal pra se pensar... Até que ponto que, que, que... se já teve, né? Talvez você viu. Eu não lembro de ter visto. Pô às vezes, né? Pode ser rico às vezes né? O cara fala uma coisa... “oh entendi que a proposta é aprender, mas não tive aprendido nenhum...”. Seria interessante... Mais eu acho que até isso... Como tem, acaba surgindo muito tema. E você acaba falando as coisas que te tocam. Não sei se... Se é modelo ou se tem um modelo? Não sei. Porque isso estimularia um pouco a questão do, do aprendizado. Eu acho que o conflito, eu vejo muito comigo isso assim. Eu faço muito conflito comigo. Perguntar por que e tal. Porque me faz pensar o quê que realmente eu tô fazendo. Faz surgir outras coisas (Antônio, profissional)

Um grupo assim, que se divide em experiências. Né? De vida... Isso tenta... Pela própria proposta que o (*nome do coordenador*) levanta assim de... Da pessoa desenvolver um novo olhar sobre a vida... Eu acho que tudo isso assim. É... Termina não, não levantando. Eu não sei. Eu acho que não levanta muito essa parte de conflito assim, dentro do hospital. Conflito entre pacientes, entre pacientes e médicos. (Davi, profissional)

Antônio e Davi indicam não terem lembranças de momentos conflituosos no GCSM⁴². Davi reconhece que isso em parte tenha ressonância com a proposta de desenvolver um “novo olhar para a vida” [sic], já Antônio também tem essa suspeita sem perceber se há um modelo

⁴² Apesar de na observação participante terem ocorrido algumas situações que precisaram da mediação do coordenador, no sentido de voltar para o objetivo da proposta.

ou justificativa para a suposta ausência. Associada à questão do conflito aparece a tensão entre profundidade e superficialidade (senso-comum) como integrante dos dilemas dessa metodologia para os participantes, mas que por outro lado, recebe ao longo do tempo uma disposição maior para ser compreendida:

E é engraçado isso. Até você pensar com os residentes... com o pessoal... Quando eu cheguei pessoal falava muito... que o (*nome do médico professor coordenador do grupo*) falava em precioso, né? Pessoal brinca e tal... E é impressionante que eu não escuto mais isso, né? Quer dizer que antes que era visto como uma coisa assim. “Pô o cara tá viajando”... Mais hoje, parece que você vai incorporando. Que isso que é. Isso que é o doido do negócio. Quantas vezes que eu já, que eu já pensei na vida. Nossa isso é coisa do grupo, né? (Antônio).

Antônio relata suas dificuldades com o GCSM, também referenciando o grupo dos residentes em geral⁴³, e evidencia o caráter pejorativo atribuído ao “viajar” [sic] do coordenador em torno do termo “precioso” [sic] usado para adjetivar a busca pelas experiências do cotidiano, com vistas à percepção daquilo que se apresenta como genuinamente significativo. Entretanto, essa percepção vem se transformando, na medida em que percebeu uma mudança de postura em si mesmo. A expressão “isso que é doido no negócio” [sic], no relato de Antônio, envolve um reconhecimento surpreso diante da possibilidade de se beneficiar daquilo que outrora era motivo de brincadeiras e chacotas. Outro aspecto é expresso como um problema para a participação dos profissionais, ligado ao esvaziamento de uma proposta que não é entendida em sua funcionalidade:

Ficam uma coisa aqui por tabela assim.... Eu acho que tem uma dificuldade pras pessoas de, de, aquela dificuldade da pessoa participar desse tipo de atividades assim, né? Eu acho que eu várias vezes eu ouvi falar, acho que é medo de se expor, não consegue quebrar um pouco essa diferenciação profissional com a ciência, né? Ééé, acho que você quebra um pouco isso no Grupo Comuni.... No hospital Dia você quebra. No Grupo Comunitário você tem que quebrar até um pouco mais essa, essa linha que separa, né? Você tá ali. Você corre risco de se expor, de quase que mostrar você, né? No, no, no, no grupo, né? Então você acha que deve gerar algum um tipo de ansiedade no profissional. Vou me mostrar no grupo... Vai ter um paciente lá, vai tá lá escutando e tal [...] Eu acho que quando você se expõe, você sai um pouco da posição protegida. Você pode sofrer ataques... Eu acho que é isso que acontece muito aqui, né? (Davi, profissional)

Para Davi, a dificuldade entre os profissionais que se encontram em um novo modelo mais horizontalizado reverbera também, em um nível pessoal. O GCSM propõe uma participação simétrica, mais declarada do que no próprio HD. Esse aspecto resulta em um conflito associado à necessidade de exposição. Davi compreende que quando há uma

⁴³ A dificuldade dos participantes profissionais com o GCSM aparece como marcante na observação participante. Uma característica que mobilizou a criação de reuniões com residentes voltados para a discussão desse trabalho após as realizações do GCSM, semanalmente.

exposição por parte dos profissionais, eles saem da condição “protegida”, resguardada de qualquer questionamento e são convidados a entrar em outra dimensão, arriscando-se a sofrer as consequências dessa “abertura”, em geral tidas como desagradáveis (ataques). Nesse aspecto, são as dificuldades encontradas para o engajamento dos profissionais médicos em formação psiquiátrica para o trabalho no GCSM, especialmente por não compreenderem teoricamente a proposta e pela dificuldade em lidarem com o esvaziamento da função profissional clássica e preenchimento de um novo, mas já antigo atributo: ser pessoa no ambiente de trabalho.

Neste meandro, a compreensão de alguns usuários dialoga e está afinada com o modelo tradicional e com expectativas em relação à diversidade de componentes, também valorando a questão do saber técnico e da formação profissional. Nas experiências sobre o GCSM, a presença do profissional e aquilo que é compartilhado por ele no grupo são percebidos como elementos de maior contundência:

Mais eu não sei te explicar...Vejo diferença... Que a médica sabe explicar mais. Ela fala bem... ela sabe colocar as palavras (*risos*) sabe... como é que se fala, os pensamentos certo... Assim sabe? Formou lá o que vai falar... tem, o que vai falar, Sabe? Organizar... Eu acho que os médico tudo bem que ela é ainda residente... Tá ainda... tá estudando mais. Tá especializando. Mais eu acho que os médicos sabe muito mais que a gente. Porque eles estudaram bem, sabe? (Ana, usuária)

A psicóloga que tá ali. Ela tem estudo. O médico que tá ali. Ele tem mais estudo. Se não tiver aqueles que tem um... maior... isso ajuda. Mesmo que ele fique quieto... A área dele tá ali ajudando a gente. A área do estudo. A área da formação. E às vezes você... Vamo supor. Eu já prestei muita atenção nisso. Vamo supor. Tem pessoas que tem o estudo. To falando do formado aqui... Da área da saúde. Ele não fala nada. Você pode olhar nele... O semblante tá falando. Eu consigo ver o semblante dele falando (Cassia, ex-usuária).

A valorização do conhecimento técnico como um fator distintivo no espectro do grupo ocorre também entre os usuários. Ana e Cassia valorizam a presença do profissional nos grupos, mas um valor que está associado à sobreposição de um saber, “os médico sabem muito mais”, “sabe colocar as palavras” [sic]. Esse significado construído entre as usuárias, reifica o lugar de destaque do profissional dado historicamente, quase que num âmbito mágico, conforme indicado na expressão de Cassia “a área dele tá ali ajudando a gente” [sic], não há, pois, necessidade de fala, o semblante e a presença angariam um benefício. Ainda que essa posição “conviva” com a legitimidade de que todos possuem vivências e algo a compartilhar.

A participação do profissional visto por esse prisma de valorização do seu saber técnico também foi apontado pela participante/familiar:

Eu acho que no Grupo Comunitário, às vezes falta um pouco do profissional do HD. Mais o

funcionário do HD. Aqueles que passam o dia a dia com eles aqui. Entendeu? Que nem sempre o médico passa. Por exemplo, Enfermagem, a Psicologia. O.... a assistente social. Se eles participassem mais ativamente desse grupo. Que eles teriam como tá observando e depois estar tentando estimular os pacientes. Porque eles não percebem isso. Não tão ali pra ver... (Márcia, familiar)

Márcia aponta a necessidade de maior participação dos profissionais do HD, mas com funções específicas de observar e posteriormente colaborar no tratamento do usuário. A participação dos profissionais, a partir do recorte da função profissional, demanda uma diferenciação nas participações. Essa dimensão também é expressa nos trechos de Cassia e Ana, no sentido de significar que a presença dos profissionais produz uma “ajuda” por terem estudo, por fornecerem “a áurea da formação” [sic], contrapondo-se a perspectiva do GCSM de que cada pessoa/participante por ter vivência cotidiana pode contribuir com o trabalho de forma semelhante. Reconhecem e demandam diferenças entre os componentes, em contrapartida a suposta singularidade de que todos os participantes deveriam ter o mesmo ‘lugar’ no grupo.

A experiência conjunta de usuários, profissionais e familiares no GCSM, nessa perspectiva, remete a significados que habitam um mesmo cenário em posição conflitante. Os profissionais, em sua experiência sobre o grupo, intencionam um sentido de desvalorização diante do que entendem como “senso comum” expresso no grupo, especialmente entre os usuários, e encontram dificuldade de reconhecer um lugar para desenvolver a participação como pessoas que têm experiências de vida, e não como profissionais preparados para uma intervenção técnica. Já os usuários manifestam, em alguma dimensão, uma valorização idealizada do profissional e indicam uma expectativa em torno dessa diferenciação no desenrolar do trabalho.

Para o familiar e o usuário, além dessa expectativa frente à presença do profissional no grupo, aparece como um fator intimidador a diversidade e a quantidade de pessoas que integram o GCSM:

Ela foi corajosa, falar no grupo do (nome do médico coordenador do grupo)!! Eu achei que ela realmente tá se superando. Superando não, tá crescendo, sabe? Tá desenvolvendo. Assim... E eu achei que ela melhorou bastante. Também... Porque tem pessoas que eu não conheço lá também... Então, às vezes que eu fico também meia pra falar... A ideia eu entendo. Mais...aí é como eu falei. Lidar com pessoas diferentes, novas. Sei lá... eu... eu fico, eu fico desconfiada. Tendo essa desconfiança... (Ana, usuária).

Do jeito que a (nome da filha da senhora que falou no grupo) tá, a minha tá também. Aí eu falava, falava assim, mais eu tenho fé em Deus que a minha vai sair dessa... A diferença é que o do (nome do coordenador do GCSM) você pode falar que todo mundo escuta. Agora (nome do coordenador do grupo de família) não. O que a gente conversa ali. Igual aqui... O que a gente conversa ali. Fica ali... E no do (nome do coordenador do GCSM) gente conversa, a gente fala, todo mundo escuta. Todo mundo ouve o que um fala... Fico mais à vontade na família... A gente sente mais vontade pra falar.

Quanto mais fala mais a gente quer falar... (Joana, familiar)

Ana apresenta uma clareza sobre o andamento do grupo, mas revela que não conseguiu expressar-se, recebendo com surpresa o momento em que uma colega usuária traz um poema para compartilhar. Indica que “falar no grupo”, destacando o nome do coordenador, é algo que exige coragem, em especial pelo número e diversidade de pessoas que não, necessariamente, estão no cotidiano do HD. Ao mesmo tempo, Joana expõe que se sente mais “à vontade” no grupo no qual percebe que aquilo que é exposto “fica ali”, que toca uma disposição incerta em torno do sigilo no GCSM. A suposta dificuldade de participação, também foi um tema entre os profissionais.

Acho que o grupo operativo é um grupo mais reservado pra eles, né? Assim, um grupo menor, mais reservado. Éééé que eles vão falar deles mesmos. Eles já estão convivendo aqui no Hospital Dia entre eles, né? Então, acho que fica mais fácil de, deles se abrir no grupo operativo. Mas mesmo, tem alguns que tem dificuldade de se abrir no grupo operativo, né? Ter dificuldade de se abrir no grupo operativo, quiçá no Grupo Comunitário, né? (Davi, profissional)

Davi reconhece a dificuldade que encontra na abertura dos usuários para se colocarem nos grupos operativos que ocorrem, reservadamente, voltados apenas para eles. No GCSM essa dificuldade é entendida como potencialmente maior, por envolver pessoas diversas da comunidade que não convivem cotidianamente no contexto institucional do Hospital Dia, o que vai ao encontro do que Ana e Joana compartilham sobre estar no GCSM.

As dificuldades identificadas e as posições conflitantes entre participantes usuários, familiares e profissionais, forjam uma tendência que integra o GCSM em sua diversidade. Na compreensão dos participantes, não se trata de uma metodologia ideal em seus contornos estruturais, mas que contempla em sua potencialidade questões a serem consideradas em conjunto. Tocam, com efeito, aspectos ligados às dicotomias arraigadas no fazer em saúde, como paciente versus terapeuta, individual versus grupal, entre outras. Tais dicotomias quando afastadas, como aponta Husserl (1926-38/2012) tendem a nos distanciar ainda mais da complexidade do fenômeno e da possibilidade de compreendê-lo.

Conforme expressa Cassia “o todo do grupo é importante” e lidar com a diversidade e com a exposição individual em espaços coletivos é algo que, por si só, caracteriza um desafio para as metodologias terapêuticas em grupos, apesar do reconhecimento do seu potencial na saúde pública (Rasera & Rocha, 2010, Osório, 2007, Yalom & Leszcz, 2006). No GCSM, esse desafio recebe um elemento a mais ao incluir em sua composição pessoas com funções historicamente distintas, bem delimitadas, já naturalizadas na atitude natural, e que passam a

integrar uma proposta, em que supostamente, deveriam ter a mesma intenção participativa. Segundo as experiências dos participantes no grupo, essa diversidade imprimiu situações paradoxais que tocam o andamento e a participação no processo grupal, que ressoa na dificuldade em integrar a cisão histórica promovida entre profissional e pessoa, usuário e protagonismo, senso comum e conhecimento científico. São, pois, elementos de tensão que ocupam uma faceta do GCSM, partindo da tendência compartilhada pelos participantes. Essas tensões convidam, também, à reflexão sobre a dificuldade de tornar factíveis os preceitos reformistas de autonomia, protagonismo e sociabilidade (Amarante, 1995; Basaglia 1969/2010).

Delimitar esses aspectos, não intenciona a resolução dos diferentes enredos expressos e vivenciados entre os interlocutores, mas convida ao reconhecimento das nuances dessa totalidade grupal que por meio da articulação dessas unidades de sentido mantem-se em movimento, inclusive instrumentalizando formas de aprimorar e expandir o GCSM nos fins terapêuticos que se propõe.

4.2.4. Grupo como vivência estética

Na escuta suspensiva sobre o GCSM, as descrições em torno do Sarau, o primeiro momento do grupo, ganharam contornos de uma singularidade. Os participantes relatavam de como recebiam e compreendiam essa experiência, aqui nomeada como uma vivência estética.

O conceito de estética, por sua vez, está associado à capacidade perceptiva ontológica de ter um senso subjetivo diante daquilo que agrada aos sentidos⁴⁴, (Japiassú & Marcondes, 2001). Nessa medida, a vivência estética pode ser entendida como uma experiência que emerge no contato com expressões artísticas e sensíveis, recebidas de forma tocante e agradáveis à percepção. O sentido da percepção na dimensão vivencial não se restringe ao entendimento psicológico com foco nas sensações, mas como algo integrado, relacional que emerge com mediação do corpo, mas transcendendo-o (Reis, 2011).

O Sarau, como etapa inicial do GCSM, traz como objetivo uma atenção aos diferentes elementos artísticos, literários, culturais, televisivos, cinematográficos, jornalísticos para

⁴⁴ Formulada como disciplina no século XVIII por Baumgarten, a estética foi considerada como um saber sobre o “belo” e se constitui como um campo filosófico de amplo espectro em que pensadores como Platão, Kant e Hegel se detiveram em a sua problematização. Kant, especialmente, amplia o conceito de estética, como uma estética transcendental compreendendo-a como uma ciência não somente do que é tido como belo, mas de toda a sensibilidade a priori (Japiassú & Marcondes, 2001). Para o objetivo dessa análise, não se pretende realizar um estudo filosófico acerca da estética, mas utilizá-la em seu sentido de referência para a experiência vivida quando relacionada ao contato com elementos artísticos e sensoriais.

serem compartilhados (Cardoso & Ishara, 2012). Joana expressa como percebe esse momento inicial do trabalho:

Igual (*nome do coordenador do GCSM*) pede uma música, um... Como que é que fala? Uma poesia. Um... Uma... Um livro assim que, que tem. Se não prestar atenção, não sabe contar nada. Igual, quando eu trago o CD. Eu tenho assim meia... Uma música que eu vou levar, poesia, alguma coisa que eu trago. Aí eu fico tremendo, Não sei se é nervoso... (Joana, familiar)

No GCSM, os participantes compreendem um trabalho que aparece aberto a outras formas de simbolização e encontram essa possibilidade na música, nos temas textuais, em imagens, curtas cinematográficas, entre outros. Joana apresenta uma disposição de buscar uma postura de atenção para esses elementos e reconhece que se “se não prestar atenção não sabe contar nada” [sic]. Para os participantes, o mote terapêutico do GCSM envolve ter atenção à vida cotidiana, mas além de ter atenção sobre a experiência vivida, os recursos estéticos são parte alvos desse movimento e propiciam, favorecem e insinuam um recorte único frente ao potencial encontrado nas linguagens simbólicas:

Mais o Grupo Comunitário tem uma certa fórmula nele. Você pode ver que quase sempre ele tem música. Então no dia que não tem é raridade. (Cassia, usuária).

Assim no geral, você... Todos os grupos você ouve... Mais é diferente, né? Porque aqui você tem que, você tem que ouvir de uma maneira pelo menos buscando um sentido. A pessoa tá falando de um texto, tá falando de uma música, às vezes fala de história de vida. [...] Esse espaço ele dá oportunidade pra você pensar muita coisa... O céu é o limite, sabe? (Antônio, médico residente).

Essa oportunidade ressaltada nos relatos de Cassia e Antônio, remonta ao uso de vários mediadores como a leitura de um trecho de livro que tenha provocado uma experiência significativa, a apreciação de uma música, de uma obra de arte, o relato de determinado jornalista, os quais mobilizaram sentidos e que acabam por constituir a identidade do GCSM, quando compartilhados. Uma “fórmula” que o diferencia. No sarau, a dimensão coletiva extrapola a composição dos participantes presentes e inclui os “ausentes”, na figura de poetas, compositores, autores, jornalistas, cientistas que se tornam colaboradores e protagonistas, compondo expressões “de atenção à vida” não padronizadas em uma única via de expressão e retomando a relação dos participantes com as dimensões cultural, artística e simbólica do mundo. A teia de reciprocidade é enriquecida e possibilita outras formas de cuidado. Conforme expressa Antônio, “o céu é o limite” para o grupo, diante das muitas maneiras de atribuir um significado, compartilhá-lo e recebê-lo.

Não se trata, em geral, de uma produção artística *in loco*, ou seja, pessoas não produzem uma obra de arte plástica ou literária no momento do grupo, ainda que isso possa

ocorrer, mas em geral, compartilham o que possam ter produzido⁴⁵ em outro momento ou o que identificaram como significativo na obra de um terceiro, na tentativa de mostrar ao outro algo que foi significativo para si.

O primeiro... Segundo Grupo Comunitário que eu vim, foi, foi mágico. Eu trouxe, foi o grupo que eu trouxe a música do (*nome do artista*). É... (*canta um trecho da música*) “Melhor viver meu bem, pois há algum lugar, em que o sol brilha pra você. Chorar, sorrir também e depois dançar na chuva, quando a chuva vem...” Eu trazer a música e depois explicar, porque eu trouxe a música. Eu disse que. É... Que eu era muito rígido em questão de música. Que não era qualquer música que me fazia.... que me fazia... Vamos supor, mudar o sentimento, de eu tá com raiva e a música me fazer ficar feliz. Então a música, eu era muito crítico com a música. Aí eu falando isso... (*nome do coordenador*) gostou muito, e disse que isso é uma boa lição para os outros do grupo. Então foi um dia que eu mais me gratifiquei assim, me senti bem de tá ajudando os outros. Eu... Eu... Eu levei as músicas que eu conhecia e tudo... Fez bem pra mim. E vai fazer pra outros. Não se pode saber, **que vai fazer**... Meio que na marra, entende? Eu acreditava que ia. E eu acho que deu certo. (Severino, usuário)

Para ocorrer à experiência no Sarau uma relação sensível intencional entre sujeito e um objeto estético está implicada no trabalho. A apreciação de algum mediador artístico ou cultural pode ser o instrumento de reciprocidade, como aponta Severino: o que eu acho “bom” pode fazer bem a alguém. Apesar da dúvida que Severino tinha se ia acontecer ou não o efeito que desejava, senti como um momento “mágico” [sic] poder compartilhar seu crítico gosto musical e ser recebido com “abertura”. A fala do coordenador do GCSM, sobre seu exercício de atenção e gosto musical, também teve um efeito confirmatório sobre sua expectativa de compartilhar o que lhe fazia bem. Antônio oferece mais uma possibilidade de sentido para esse movimento que parece estar ligado à ideia de *inspiração*:

Engraçado, né? Como, como que vai mudando com o tempo. É... Eu tenho vontade... até acho que é isso que é legal nos grupos (*se referindo aos encontros do GCSM*)... De dividir essas coisas, né? ... Essas coisas que sei lá... como a música que eu coloquei hoje... As coisas que eu falo. Eu acho que é assim. As experiências que me mexem, né? Eu quero passar isso pras pessoas. Minha ideia. Acho que às vezes, o que eu gosto do Grupo Comunitário... Por exemplo, é que as coisas que me inspiram, podem inspirar as pessoas. Uma coisa muito audaciosa, né? Inspirar alguém é um negócio, né? É muito, né? (Antônio, profissional).

Antônio pontua sua participação no grupo em uma visão temporal, reconhecendo mudanças ao longo do processo, especialmente por se dar conta da vontade de compartilhar algo seu, como a música⁴⁶. Essa vontade de dividir a música aparece associada ao sentido que Severino apontou, de que as coisas que o “inspiram” poderiam “inspirar” outras pessoas. Essa possibilidade é tida como audaciosa, “é muito” [sic], mas apesar disso, se mostrou factível

⁴⁵ Produção no sentido artístico, não referenciando uma produção vinculada às relações de consumo.

⁴⁶ Notas de campo: nesse dia, referia-se a uma música instrumental/clássica que ele partilhou no grupo, seguido do relato de que quando pequeno regia as almofadas da sala enquanto a ouvia.

para ele na medida em que arrisca concretizar a vontade que surgiu. A fala de Antônio remete a possibilidade de uma descoberta, de algo mais profundo do que simplesmente “gostar” da música, significa despertar algo de criativo em alguém. A música que o mobilizava a reger almofadas, conforme compartilhou no grupo, podia transcender e chegar a outras formas de contemplação.

Nessa medida, a experiência estética ganha um sentido de ruptura com a obviedade do cotidiano, seja no movimento de perceber algo no mundo que se possa escutar, ver, sentir e que mobiliza o viver, seja o de perceber que posso contar isso para o outro e ele também pode vir a apreciar de forma concreta, por exemplo, ligando o rádio ou procurando na internet. O mediador, música, imagem, notícia, poema é uma expressão concreta, disponível no mundo, “composta” por outro que não o espectador, mas permite que aquele que o contempla comungue juntamente com a obra. Esses elementos ampliam as oportunidades de compreensão sobre o mundo como um convite ao enriquecimento sobre o que a criatividade dispõe e do que eu posso dispor para vida, quando faço uso dela:

Aqui no Grupo Comunitário. Eu... eu olho... Eu consigo olhar pra mim, e vê que eu não posso ser a coitadinha, entendeu? Porque a vida é alegre. A vida é bonita. E eu tenho que olhar pra isso. Pra poder encontrar força pra continuar vivendo. [...] Aí é que tá o legal do Grupo Comunitário. Porque tem momentos que você tem uma emoção muito grande. Eu choro, nem uma, nem duas, nem três vezes não, no Grupo Comunitário, entendeu? Hoje até que eu não chorei. Mais na hora que contou... que eu lembrei. Me deu uma emoção tão grande daquilo. Que eu fiquei pensando. Uma criança desenhar a figura da mãe, que ela não tem mais. E deitar naquilo querendo o colinho dela. Que é que nem eu faço com a minha, que já não tá mais comigo também. Que eu penso que eu tô abra... agarradinha nela. Pensando nela. Então penso na minha bá... (Márcia, familiar).

A busca do belo, da alegria referida por Márcia expressa um dos movimentos que o GCSM permite. A beleza, porém, não está necessariamente ligada a algo que a faz feliz, mas que atinge um nível de sensibilidade no qual podemos ser mais, transcender o que havia a priori. Márcia exemplifica a maneira como é mobilizada quando outro participante traz a foto de uma criança órfã deitada dentro do desenho que fez da mãe. A foto fora retirada de um livro e impressa para entregar ao grupo. Márcia recebeu aquele mediador e foi sensibilizada, movimentando-se de um lugar sensível imagético a um novo lugar próprio e particular, despertado pelo outro “pessoa/foto” que, em si, não previa esse desdobramento, apenas o de compartilhar algo que o mobilizou. Estar no momento do Sarau favorece um engajar-se em um exercício de atenção ao que o outro traz em uma dimensão singular. Algo que ainda não foi apropriado, mas pode vir a fazer parte das nossas experiências na medida em que nos deparamos com algo que entra em sintonia, em uma dimensão mais ampla que a mera

percepção de um som ou da visão de uma imagem⁴⁷.

O relato de Márcia coaduna-se com o entendimento de que o trabalho do grupo acontece, por sua vez, não necessariamente quando se está a falar no grupo, mas quando o sentido de um elemento artístico ressoa no outro numa mutualidade. Não se trata simplesmente, por exemplo, de explicar a música em seus acordes e notas, mas apresentá-la genuinamente, da maneira que a autoria do participante queira explorar, seja pelo uso do aparelho de som, pela impressão da letra ou cantando. Esse movimento envolve uma correlação onde a pessoa se dispõe a olhar um objeto e fazer “viver”, reanimar aquilo que nele habita, ou que já o significava de maneira implícita quando fora produzido (Dufranne, 2008). Tal noção dialoga com a ideia de extensão da sensibilidade, na medida em que o corpo sente e torna vivo um afeto, o sentimento sobre o que é vivenciado (Husserl, 1913/2006).

A vivência estética revela a possibilidade de um cuidado que emerge quando a atenção ao objeto artístico imprime a condição de um sujeito tornar um elemento concreto disponível culturalmente, em um sentido ontológico, ou seja, capaz de traduzir a si mesmo. Para que a música, o texto, a imagem faça sentido, é preciso encontrar ou ampliar o significado anterior que esses propõem:

Terça feira mesmo eu trouxe um CD evangélico que fala sobre as dor, as tristeza. Ainda pus o CD pra tocar. Aí depois eu fui explicar a música. Porque eu tinha trazido, o (*nome do coordenador do GCSM*) pergunta, né? Porque que a gente trouxe aquilo lá, quê que a gente acha? Aí eu fui explicar aquele CD que eu tinha trazido. Era o que eu tava passando. Que eu ia... o que eu sentia, que eu sentia... Ah... Eu acho que ajuda muito a gente. Ajuda muito. Ajuda muito a gente e ajuda muito paciente também. Que depois que terminou de tocar a música, tava no fim da reunião. Aí logo o que falou foi o (*nome de um participante*). Ele falou. “Eu gostei muito da música que a mãe da (*nome da filha usuária*) trouxe.” Eu ainda fui nele. Você quer que eu trago um CD desse? Eu vou mandar gravar. Eu mandei gravar e trouxe o CD pra ele. Aí ele ficou todo contente na quarta feira. Todo contente... (Joana, familiar)

Joana, diante do seu contexto cultural e religioso, compartilha uma música que integra sua sociabilidade e ao mesmo tempo, uma música que exemplifica, por meio de outras simbologias, o que estava “passando” em seu cotidiano. O exercício de trazer o elemento e emitir um significado sobre ele é recebido como uma metáfora. Não se trata de uma apresentação sem um movimento dativo. É um exercício que permite que se amplie o movimento entre percepção e o todo da experiência, por meio de um exercício comparativo do tipo: “não consigo expressar o que sinto, mas encontro algo que possibilita tal comunicação, encontro um texto, uma piada, uma música que o faz”. Ao mesmo tempo, esse intermédio metafórico enriquece um relacionamento com o mundo intersubjetivo na medida

⁴⁷ Sintonia que também pode ser notada com o exemplo da minha experiência com a música da Sandra de Sá “Bye Bye tristeza”, depois de ter sido compartilhada por uma usuária.

em que a pessoa reconhece que pode coexistir com formas de simbolizar e que ampliam sua maneira de dizer sobre si. Essa dimensão criativa emergente no GCSM promove espaços de surpresas no grupo.

E a gente pode até surpreender, né? Acho que nem a, a (*nome de uma usuária*) . Que ela num tá, nunca tinha participado e um dia resolveu trazer uma poesia. Participar do Grupo Comunitário assim e tal. Mais é... Acha que a pessoa não tá, tá lá só de corpo presente, mais está ouvindo, né? (Davi, profissional).

Mesmo quem nunca participou ou aparentemente estava alheio ao grupo, surpreendentemente, como expressa Davi, pôde compartilhar algo concretamente disponível como elemento estético e cultural, seja o de um poema, de uma imagem no folheto da propaganda, a música que expressa o vivido e até uma “piada” que faz rir nos momentos de aflição. Essa maneira de compartilhar exige atenção e uma elaboração metafórica, mas por outro lado, não requer uma exposição mais refinada para ser comunicada ao GCSM, muitas vezes os elementos escolhidos são justificados como algo que é “bom” ou que “fez sentido” para alguém, por si, uma justificativa que se encerra em si mesma, sem maiores colocações.

A dimensão do Sarau, segundo os participantes, dialoga com uma compreensão perceptiva em uma dimensão integral da pessoa, uma totalidade ligada à ordem experiencial (Reis, 2008). A noção está distanciada de uma leitura clássica de percepção como uma ação encerrada e localizada no pensamento, sem integrar a condição dativa e correlativa entre pessoa e mundo, em uma totalidade que transcende a si mesmo. Conforme colabora Bello (2004), inspirada em Husserl (1913/2006), a percepção não está no ouvido que escuta, ou no dedo que toca, porém o ouvido e o dedo são importantes para a percepção:

E quando eu canto, né? Tenho até uma voz bonita, né? (*risos*)... Aí eu canto de verdade. Eu canto com a alma. Eu canto com a minha alma. (Cassia, usuária)

Cassia, que compartilha as músicas de que “gosta” cantando no GCSM, pode colaborar para compreensão da dimensão mais ampla de uma vivência estética. Ela não canta e nem escuta somente com a voz e os ouvidos, mas com a “alma” [sic]. A vivência estética no GCSM, nas palavras de Cassia, dialoga com o potencial simbólico, metafórico e contemplativo, ontologicamente compartilhado por toda pessoa humana e que, por sua vez, favorece um olhar diante do mundo que sai e se ampara concretamente numa possibilidade de amenizar a dor intrínseca e criar uma ampliação de significados em torno da própria vivência, no encontro dativo entre pessoa e elemento estético.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de novas modalidades de intervenção em saúde mental atenta a cidadania de seus diferentes agentes, dialoga com um contexto generativo mais amplo, ressoando no processo contínuo de consolidação do modelo psicossocial e da atenção à saúde em uma rede integrada. O objetivo de compreender o GCSM, a partir da perspectiva dos participantes, encontrou ressonâncias nesse contexto e foi possível identificar que se trata de uma proposta alternativa de cuidado, por meio de uma atenção diferenciada, especialmente, ligada à simetria, ao protagonismo e à experiência vivida, em paralelo às premissas políticas atuais.

Para a pesquisa, o diálogo com a Fenomenologia, especialmente com Husserl (1926-38/2012; 1913/2006), foi fundamental quanto à concepção do caminho metodológico, dada a relevância de uma proposição científica de reconhecimento do fenômeno em uma presença co-humana por meio da intropatia e da experiência como categoria ontológica, que permite referenciar um olhar eidético sem presumir determinismos, assegurada pela intencionalidade como a premissa do pensar fenomenológico. Essa possibilidade resguardou uma postura empática na construção do corpus que ampliou o encontro mediado pelas entrevistas e pela observação participante.

Especialmente, em relação ao GCSM, pudemos identificar o engajamento dos participantes no exercício de atenção à experiência vivida que compõe o objetivo do grupo. A compreensão da experiência é significada por meio da aproximação do participante com o mundo do outro e de si mesmo em um processo intencional que reconecta a pessoa aos eventos do seu cotidiano, os quais supostamente estão sendo vivenciados em um modo contínuo e automático. Trata-se de um movimento reconhecido, entre eles, como um recurso de cuidado que, por sua vez, tem oferecido a estrutura para fundamentar a terapêutica do GCSM, integrando usuários, familiares e profissionais numa proposta simétrica.

Reconhecemos nesse movimento, uma abertura a outras formas de aprimorar terapêuticas que não centradas no aspecto educativo ou hermenêutico/interpretativo, mas valorizando a experiência pela experiência em seu caráter ante-predicativo, ainda que se trate de uma inspiração a ser constantemente aprimorada pelo aparato conceitual e sistemático do pensamento fenomenológico no desenvolvimento de práticas clínicas. (Gomes & Castro, 2010, Husserl, 1926-38/2012; 1933/2000; Moreira, 2013).

A consolidação de uma prática clínica e da saúde, influenciada por essa perspectiva, insere-se em um paradigma de valorização da condição compartilhada de ser pessoa,

independente do papel institucional, como ressaltado na compreensão sobre “grupo como potencial terapêutico”. Nessa unidade de sentido, a atenção à vida e o encontro com a experiência sem “problematizá-la” nos moldes interpretativos clássicos aparecem para os participantes com um efeito de cuidado que se liga à autoria, ao compartilhar legítimo, seguindo a dimensão do cotidiano. Em outras palavras, não é preciso apresentar um saber culto ou rebuscado para ter o que dizer e com o que contribuir em um grupo.

Ao mesmo tempo, a experiência vivida como um eixo norteador de terapêuticas em saúde mental dialoga com o contexto histórico e social mais amplo que ampara a possibilidade de seu exercício, o que foi destacado pela análise compreensiva na unidade de sentido, “grupo e seu contexto generativo”. Nesse âmbito, os participantes reconhecem um novo convite possibilitado por alguns serviços de atenção em saúde mental, nesse estudo recortado pelo Hospital Dia, que presumem um espaço reformista em detrimento de outras práticas. Outros serviços ligados à internação em momentos de crise, por exemplo, apesar de funcionais na rede de saúde, aparecem distanciadas dos princípios psicossociais entre os participantes. Os trabalhos em grupo, por sua vez, são identificados no processo do estudo em uma correlação a espaços que buscam a superação do manicômio em um modelo biopsicossocial, não sendo apropriados como um método comum aos ambientes de urgência e internação em hospitais gerais. Os grupos, especialmente, apareceram como mecanismos importantes pela possibilidade de compartilhar uma coletividade e por oferecer um cuidado em sequência, mantendo um diálogo e apoio para usuários, familiares e profissionais que fizeram uso do serviço formalmente, podendo continuar a frequentá-lo em um pós-alta ou mesmo após o fim do vínculo de ensino e trabalho, como previsto no GCSM.

Não se trata, no entanto, de reificar a proposta do GCSM como uma alternativa liberta de questões, ao contrário, o contexto generativo, conforme aponta Husserl (1936/2012), atravessa a historicidade de todos e nos permite associar que o imperativo de expectativas tradicionais do modelo biomédico e dos “lugares” ocupados na saúde, reverbera na criatividade e na inclusão de elementos pessoais nos trabalhos. O “grupo como espaço de paradoxos” ressoa essa tendência comum e indica as dificuldades em se apropriar de uma dimensão diferente da habitual, encerrando alguns desafios como reconhecer no profissional a pessoa/humanidade e no usuário/familiar a potência criativa.

Ao mesmo tempo, compreendemos que, apesar da dificuldade em se disporem nesse formato de atenção simétrica, o sentido estético é uma via de acesso à experiência de si e do outro que integram a proposta de forma compartilhada. O “grupo como vivência estética”, potencialmente, aproxima as pessoas de uma expressividade metafórica, artística, linguística,

voltando os integrantes àquilo que ressoa em uma dimensão ontológica, uma possibilidade de olhar para um senso perceptivo em intencionalidade, não resumindo a experiência ao que “eu sinto e penso”, mas a uma experiência que associa a pessoa aos elementos mundanos por meio da arte, da cultura e dos diversos recursos materiais do cotidiano.

Os diferentes significados nomeados como unidades de sentido na análise compreensiva, não aparecem em uma lógica coerente, na medida em que pautamos a condição intencional de uma compreensão que em si abarca sentidos supostamente em oposição e que angariam uma condição complexa para o estudo do fenômeno. Trata-se com isso, de esboçar o recorte em tendências comuns que possibilitem abrir novos endereçamentos para que se continue o motor e a potência do pensar e repensar as condições de trabalho ao qual nos dispomos criar. O estudo indica, pois, a necessidade de se refinar o referencial teórico do GCSM, na medida em que se centra em uma dimensão de atenção à vida, que pode ser amparada por outras leituras e teorizações e que nesse momento dialogou com a dimensão fenomenológica, por meio do indicativo das participações no grupo.

A vivência estética, por sua vez, angaria uma relevância que não se resume a transposição da criação artística para o campo da saúde mental, mas de uma associação entre a arte e a atenção à experiência, como forma de acessar o cotidiano permeado de linguagens a serem exploradas, ampliando assim, as formas de significação sobre si e sobre o outro. O paradoxo e a generatividade, por outro lado, imprimem o convite permanente de atentar ao que mobiliza o ser humano inerentemente comunitário, que se constitui com o outro e no mundo. Um ser que responde às suas raízes sociais, às instituições, aos modelos de ensino, de aprendizagem, de saúde e que apesar de buscar o “humano” e a “humanização” nos serviços, mantém-se com ressalvas e expectativas ligadas aos moldes tradicionais quando encontra a possibilidade de se dispor como pessoa no ambiente de trabalho e de cuidado em saúde mental.

É nesse movimento de ressonâncias comuns, que finalizamos esse caminho com o anteparo e a marca do encontro múltiplo vivido em companhia dos participantes e do cotidiano do grupo, ao longo desses anos. Deparamos com uma significação que reconhece a proposta como uma forma de trabalho exitosa pelo aprimoramento constante e com um contexto paradoxal que impele a novas disposições de seus participantes e idealizadores. Compreendemos o estudo como um recorte que se estruturou na intersubjetividade e nas pessoas que fazem uso de trabalhos como o GCSM acreditando, afinal, vir delas a possibilidade e a responsabilidade de ressignificá-lo.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1994). Asilos, Alienados e Alienistas, Pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado em 04 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102.
- _____, P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____, P.(2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P & Torres, E.H.G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate* 2001; 25:26-34.
- Amatuzzi, M. M.. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26(1), 93-100. Recuperado em 25 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000100010&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0103-166X2009000100010.
- Amatuzzi, M. M., Solymos, G. M. B.; Ando, C.; Bruscajin, C. B. S.; Costabile, C. (1991) O sentido-que-faz-sentido: uma pesquisa fenomenológica no processo terapêutico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, pp. 1-12.
- American Group Psychotherapy Association. (1992). *Fifty Years Of Agpa 1942-1992: An Overview*. Recuperado em 9 de maio, de: <http://www.agpa.org/pubs/50%20Years%20of%20AGPA.pdf>
- Arouca, S. (2002). O eterno guru da Reforma Sanitária. Entrevista de Sergio Arouca à revista Radis. *Radis* (3): 2-2, out.2002. Rio de Janeiro. Recuperado em 04 de maio de 2012, de http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_03.pdf
- Barreira, C. R. A. & Ranieri, L. P.(2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em Psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. Em Miguel Mahfoud & Marina Massimi. Org. *Edith Stein e a Psicologia: teoria e pesquisa*. 1ed. Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Barreto, A. de P. (2008). *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR. 407 p.
- Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação na qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. Da UFJF. 200p.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. Recuperado em 13 maio de 2015, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-12902002000100008.

- Barroso, S. M., & Silva, M. A. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP* Recuperado em 31 de maio 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1968).
- Basaglia, F. (2010). *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org., J. A. Melo, trad.). Rio de Janeiro: Garamond. (Trabalho original publicado em 1969).
- Bechelli, L P. de C., & Santos, M. A. dos. (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249. Recuperado em 09 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Bello, A. A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas*: Psicologia, história e religião. São Paulo: Edusc.
- Bello, A. A. (2006). *Introdução à Fenomenologia*. Bauru, SP: Edusc.
- Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M., & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 127-138. Acessado em 11 Novembro de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832010000100011&lng=en&tlng=pt.
- Bertolozzi, M. R., & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 30, n. 3, dez. Recuperado em 31 maio 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080.
- Betarello, S.V., Greco, F., Silva Filho, L.M.A., Silva, M.C.F. (2008). *Fundamentos e Prática em Hospital-dia e Reabilitação Psicossocial*. São Paulo: Atheneu. 267 p.
- Bezerra Jr., B. (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Org.), *Cidadania e Loucura - políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 133-169). Petrópolis: Vozes-Abrasco.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. Recuperado em 25 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-24782002000100003.
- Boris, G. D. J. B. (2013). *Grupos vivenciais e cooperação*: uma perspectiva gestáltica. São Paulo: Intermeios.

- Brasil.(1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 4 de abril de 2012 de [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-\[4-110810-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-[4-110810-SES-MT].pdf)
- Brasil.(1992). *Portaria n° 224/92*. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil.(1996). *Resolução 196/96*. Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde
- Brasil.(2000). *Portaria n° 106/00*. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde.
- Brasil.(2001). *Lei 10.126 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial
- Brasil.(2003). *Lei n° 10.708, de 31.07.2003*. Dispõe sobre a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: Diário Oficial
- Brasil.(2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2005a). *Portaria n° 396 de 07 de julho de 2005*. Institui o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde.
- Brasil.(2006). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006a) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.*

- Brasil.(2009). *Portaria n° 2.629, de 28 de outubro de 2009*. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.40 p.
- Brasil.(2010). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 210 p.
- Brasil.(2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde. 106 p.
- Brasil. (2011a). *Portaria n° 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Departamento de Informática (DATASUS), *Informações da saúde 2012*. Recuperado em 11 de novembro de 2013 de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>.
- Brasil.(2012a). Resolução 466/2012. *Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Departamento de Informática (DATASUS), *Informações Estabelecimentos de Saúde set/2013*. Recuperado em 11 de novembro de 2013 de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
- Brasil. (2013a). *Portaria n° 1.511, de 24 de julho de 2013*. Reajusta o valor do auxílio - reabilitação psicossocial, instituído pela Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde.
- Brito, R. C (2004). *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01*. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 210p.
- Caçapava, J. R., Colvero, L. de A. & Pereira, I. M. T. B. (2009). A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 446-455. Recuperado em 05 de junho de 2015, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300009&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-12902009000300009.

- Camargo, K.R. Jr.(1985). (Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Recuperado em 30 de janeiro de 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/08.pdf>.
- Cameron, D.E. (1947). The Day-hospital: Experimental Forms of Hospitalization for Patients. *Modern Hospital* 69: 60-2.
- Campos, M. A. (1986). *O hospital dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e familiares*. Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Campos, E. A. de. (2004). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1379-1387. Recuperado em 17 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500033&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2004000500033.
- Capra, F. (1991). *O ponto de mutação*. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. (A. Cabral, trad). São Paulo: Editora Cultrix.
- Cardoso, C. L. (2012). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: uma análise fenomenológica*. Projeto de Tese de Livre Docência encaminhado à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Castro, T. G. & Gomes, W. B. (2011). Movimento Fenomenológico: Controvérsias e Perspectivas na Pesquisa Psicológica. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 27(2), pp. 233-240
- Contel, J.O.B. (1991). Quinze Anos de Hospital-Dia: Contribuição ao Estudo Prática de Comunidade Terapêutica, Psicoterapia de Grupo e Princípios Psicanalíticos em Hospital Psiquiátrico no Brasil. *Jornal Bras Psiquiatria* 40(4), pp. 163-169.
- Contel, J. O. B. & Villas-boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar em hospital-dia (HD). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999, Vol.21(4), p.225
- Cooper, M., O'Hara, M., Schimid, P.F & Wyatt, G. (2007). *The Handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counseling*. UK. Palgrave Macmillan.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M.J., Lawless, M.S. & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Ferreira, A. B de H. (2008). *Aurélio*, dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo. 7 ed.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403. Recuperado em 31 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414.

- Gaspar, Y. E. & Mahfoud, M. (2006). Uma leitura histórica do conceito de experiência e uma proposta de compreensão do ser humano em seu caráter essencial: experiência elementar e suas implicações para a Psicologia. In: *III Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos e V Encontro de Fenomenologia e Análise do Existir*, 2006, São Bernardo do Campo. Anais do III Seminário Internacional de Pesquisa Qualitativa e V Encontro de Fenomenologia e Análise do Existir.
- Giorgi, A. (1978). *Psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica*. (R. S. Schwartzman, trad.). Belo Horizonte: Interlivros.
- Giussani, L. *O senso religioso*. Paulo Afonso E. Oliveira. (Trad.). São Paulo: Nova Fronteira, 2000.
- Gonzalez Rey, F. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva S. A. Trabalho original publicado em 1961.
- Gomes, W.B., & Castro, T. G. de. (2010). Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 81-93. Recuperado em 10 de junho de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-37722010000500007.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goulart, M. S. B., & Durães, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 112-120. Recuperado em 01 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100014&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-71822010000100014.
- Greene, L. R. (2012). Studying the How and Why of Therapeutic Change: The Increasingly Prominent Role of Mediators in Group Psychotherapy Research. *International Journal of Group Psychotherapy*. 62(2): 325-331.
- Group Analytic Society. (2012). *Sítio Oficial da Sociedade de Análise de grupo*. Recuperado em 31 de maio de 2012, de http://groupanalyticsociety.co.uk/?page_id=47.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 134-140. Recuperado em 14 de abril de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164462001000300005&lng=pt&tlng=pt.

- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Guareschi, N. M. de F. Reis, C. dos, Oliven, T., & Hüning, S. M. (2008). Usuários do Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(1), 119-137. Recuperado em 11 de novembro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518.
- Habigzang, L. F. et al. (2006). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, 2(18). Recuperado em 10 maio 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652006000200012&lng=pt&nrm=iso.
- Husserl, E. (1958). *A idéia da fenomenologia*. Edições 70: Rio de Janeiro. (Trabalho original publicado em 1907)
- _____, E (2006). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura*. (M. Suzuki, trad.). Aparecida, SP: Idéias & Letras (Trabalho original publicado em 1913)
- _____, E. (2012). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica*. (D. F. Fereer, trad.). 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalhos originais publicados entre 1926-1938, publicação póstuma em 1954).
- _____, E (2012a). *Investigações Lógicas Fenomenologia e teoria do conhecimento*. (C. A. Morujao, P. M. S. Alves, trad.). 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1900).
- Ishara, S. (2007). *Equipes de saúde mental: Avaliação de satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial*. *Tese de doutorado*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.
- Ishara, S & Cardoso, L. C. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In: Sergio Ishara, Carmem Lúcia Cardoso, Sonia Regina Loureiro (org), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceitos, delineamento metodológico e estudos*. 1ed. Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora. pp. 19-43.
- Japiassú, H & Marcondes, D.(2001). *Dicionário Básico de Filosofia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Jorge, M. S. B.; Vasconcelos, M. G. F.; Neto, J. P.M.; Gondim, L. G. F. & Simões, E; C. P. (2014). Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 63-74. São Paulo, SP. Recuperado em 01 de junho de 2015 de <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p63-74>.
- Junqueira, S.A.E.(2009). *Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes tratados em Hospital dia*. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. 108 p.

- Katz, J., Csordas, T. (2003). Phenomenological ethnography in sociology and anthropology. *Ethnography*, v.4, n.3, p. 275-288, 2003.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447-454.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books, Inc. XVIII, 284 p.
- Kleinman, A & Kleinman, J. (1996). The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. *The MIT Press on behalf of American Academy of Arts & Sciences, Social Suffering*, v.125, n. 1, p. 1-23.
- Kusenbach, M.(2003). Street phenomenology: the go-along as ethnographic tool. *Ethnography*, v.4, n.3, p. 455-485.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*, A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada. (Documento originalmente publicado em 1974).
- Lancetti, A. (1993). Clínica grupal com psicóticos: A grupalidade que os especialistas não entendem. Em LANCETTI, A. (Org), *Saúde e loucura: Grupos e coletivos*. pp.155-171. São Paulo: Hucitec.
- Leeuw, V. D. G.(1970). *La religion dans son essence et ses manifestations: phénoménologie de la religion*. Paris: Payot, p. 693p.
- Lemos, P. M., & Cavalcante Júnior, F.S. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 233-242. Recuperado em 12 de abril de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141.
- Lima, M. C.P., & Botega, M.J. (2001). Hospital-Dia, para quem e para que?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.3(4):195-9.
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Physis*. Revista de Saúde Coletiva (1), Rio de Janeiro.
- Mahfoud, M. (2012). *Experiência elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília: Universa.
- Mailhiot, G. B. (1991). Da pesquisa-ação à dinâmica de grupos. In. G. Carey ,*Técnicas de Grupo* (pp 45-61). São Paulo: Duas Cidades.
- Malinowski, B. (1975). *Uma teoria científica da cultura*. São Paulo: Zahar.
- Massimi, M.; Mahfoud, M. (2007). A pessoa como sujeito da experiência: um percurso na história dos saberes psicológicos. *Memorandum*, Belo Horizonte, v. 13, p. 14-30.

- Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde / Ministério da Saúde*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M. de, Meirelles, C. de A. B., Pinto-Porto, C., Moreira, T., & Hoffmann, L. M. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2133-2144. Recuperado em 20 de julho de 2015 de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232008000900018.
- Moreno, J.L. (1959/1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*, introdução à teoria e à práxis. Filho, A. C.M. C. (trad). São Paulo: Mestre Jou.
- Moreira, V.(2013). *Revisitando as Psicoterapias Humanistas*, São Paulo: Intermeios.
- Onocko-Campos, R. (2015). “Hoje, no Brasil, só defende o hospital psiquiátrico quem faz gordo negócio com ele”. *Entrevista a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) por Bruno C. Dias*. Recuperado em 01 de julho de 2015 de <http://www.abrasco.org.br/site/2015/05/hoje-no-brasil-so-defende-o-hospital-psiquiatico-quem-faz-gordo-negocio-com-ele/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: Biblioteca da OMS.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Biblioteca da OMS (tradução: Leitão, A.).
- Osório, L. C. (2000). *Grupos: Teorias e Práticas*. Acessando a era da Grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas. 210 p.
- Osório, L. C. (2007). *Grupoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Peres, S. P.(2013). O significado do pensamento fenomenológico de Stein à luz do desenvolvimento da concepção de Psicologia em Husserl. In Miguel Mahfoud & Marina Massimi. Org. *Edith Stein e a Psicologia: teoria e pesquisa*. 1ed. Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: Aproximação entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M.G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.

- Reis, A. C. (2011). A experiência estética sob um olhar fenomenológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(1), 75-86. Recuperado em 27 de julho de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Ribeiro, J. P. (2007). O conceito de resistência na Psicoterapia Grupo-Analítica: repensando um caminho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(spe), 65-71. Recuperado em 14 de Junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000500013&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-37722007000500013.
- Rodrigues H. B. C.(1999). Sobre as histórias das práticas grupais: explorações quanto a um intrincado problema. In: Jacó-Vilela AM, Mancebo D. (orgs). *Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*, Rio de Janeiro: EdUERJ; p.111-65.
- Roehe, M. V. (2004). Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 399-407. Recuperado em 17 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300008&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S1413-73722004000300008
- Rogers, C. R. (2009). *Grupos de encontro*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 9 ed. (Trabalho originalmente publicado em 1970).
- Rogers, C.R & Rosenberg, R. L. (2011). *A pessoa como centro*. São Paulo: E.P.U Editora da Universidade de São Paulo. (Trabalho originalmente publicado em 1977)
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1991). *De pessoa para pessoa*, o problema do ser humano, uma nova tendência na Psicologia. Gendlin, E.T., Shlien, J.M., Dusen, W.V. (colabs). Leite, M.L.M. & Leite, D.M. (trads). São Paulo: Pioneira. 4 ed. (Trabalho originalmente publicado em 1967)
- Pichon-Rivière, E. (1994). *O processo grupal*. Trad. Marco Aurélio Fernandez Velloso. São Paulo: Martins Fontes. 5ed. (Trabalho originalmente publicado em 1984).
- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.160 p.
- Salzano, F. T., & Cordás, T. A.(2003). Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP(AMBULIM). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(3), 86-94. Recuperado em 11 de novembro de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000300003&lng=pt&tlng=pt.
- Sampaio, J. dos R. (2002). A "Dinâmica de Grupos" de Bion e as Organizações de Trabalho. *Psicologia USP*, 13(2), 277-291.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X, Carneiro, C, & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. Acessado em Novembro

08, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&tlng=pt.

- Sawaia, B.B. (1996). Comunidade: a apropriação de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: Campos, H.F. (org). *Psicologia Social comunitária*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sena, E. L. da S., Meira, A. S., Santos, I. S. C., Souza, D. M. de, Alvarez, A. M. & Gonçalves, L. H. T. (2010). Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(1), 93-103. Recuperado em 12 de abril de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100006&
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. Recuperado em 04 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-98932011000300015.
- Silva, C. A. (2000). *Lembranças que não envelhecem: um Hospital Dia conta sua história*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, Ribeirão Preto.
- Silva, a. T. C. D, Aguiar, M. E. de, Wink, K., Gonzaga, K., Rodrigues, W., Sato, M. E., GrisiI, S. J. F., BrentaniI, A., Rios, I. Z. (2012). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, nov. Recuperado em 04 mai. 2015 de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=pt&nrm=iso
- Silva, N. H. L. P. da, & Cardoso, C. L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2), 246-259. Recuperado em 04 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000200005&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S1415-47142013000200005.
- Silva, J. C., Loureiro, S. R., Cardoso, C.L. & Ishara, S. (2013). Experiências terapêuticas em um Grupo Comunitário de Saúde Mental. In Sergio Ishara, Carmem Lúcia Cardoso, Sonia Regina Loureiro (org), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceitos, delineamento metodológico e estudos*. 1ed. Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora. pp. 19-43.
- Silveira, M. de F. A & Santos, H. P. de (orgs). (2011). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB. 320 p.
- Sokolowski, R. (2012). *Introdução à Fenomenologia*. (A. de O. Moraes, trad). 3 ed. São Paulo: Edições Loyola.

- Solymos, G. M. B. (2006). A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos Avançados*, 20(58), 109-122. Recuperado em 25 de junho de 2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000300013&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-40142006000300013
- Stein, E. (1998). *Il problema dell'empatia*. (E. Constantini, trad). Roma: Studium, 2 ed. (Trabalho original publicado em 1917).
- _____, E. (1999). *Psicologia e scienze dello spirito: contributi per una fondazione filosofica*. (A. A. Bello, org., A.M. Pezela, trad.). Roma: Città Nuova. 2. Ed. (Trabalho original publicado em 1922).
- _____, E. (2000). *La struttura della persona umana*. (Bello, A. A., org., D`Ambria, M., trad.). Roma: Città Nuova. (Trabalho original publicado em 1933).
- Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85. Recuperado em 04 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104.
- Tourinho, C.D.C. (2013). A consciência e o mundo na fenomenologia de Husserl: influxos e impactos sobre as ciências humanas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 12(3). Recuperado em 01 de julho de 2015 de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8224/5975>
- Ursaski, F. (2004) Os Enganos sobre o Sagrado: uma Síntese da Crítica ao Ramo "Clássico" da Fenomenologia da Religião e seus Conceitos-Chave. *Revista de Estudos da Religião*. 4. pp. 73-95. Recuperado em 01 de julho de 2015 de http://www.pucsp.br/rever/rv4_2004/p_usarski.pdf
- White, W. L. (2013). Contrasting perspectives on recovery: An interview with Larry Davidson, PhD, Department of Psychiatry. *Yale University School of Medicine*. Acessado em 01 de julho de 2015 de <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2013%20Dr.%20Larry%20Davidson.pdf>.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. (R. C. Costa, trad.). 5 ed. Porto Alegre: Artemed.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Ciências na área de Saúde do Rio de Janeiro. 192 p.
- Zimmerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Obrigatório para Pesquisas Científicas com Seres Humanos Resolução nº 196/96 - CNS

Título da Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DE UMA NOVA MODALIDADE DE TRABALHO EM SAÚDE: O GRUPO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador responsável: Rita Martins Godoy Rocha

CRP: 112247/06

Você está sendo convidado a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “INVESTIGAÇÃO DE UMA NOVA MODALIDADE DE TRABALHO EM SAÚDE: O GRUPO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL”, desenvolvido por *Rita Martins Godoy Rocha* sob orientação da *Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso*, junto ao Doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. O projeto tem o objetivo de compreender, a partir da ótica dos participantes, uma modalidade diferente de trabalhar em grupo na saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental que ocorre no Hospital Dia de Ribeirão Preto, semanalmente. A pesquisa oferece a oportunidade de entender as experiências vividas por pessoas que frequentam formas de cuidado em grupo e de colaborar com o conhecimento sobre a implementação de novos serviços em saúde mental. Sua participação envolve a realização de uma entrevista com duração em torno de 60 minutos, em local acordado comigo. Você também deve estar ciente que:

1. A participação no estudo é voluntária;
2. Você tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa;
3. Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade de quaisquer tratamentos que sejam realizados no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP ou em qualquer outro serviço de saúde;
4. Sua identificação não será possível, o que garante seu completo anonimato. Todas as informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em sigilo;
5. As entrevistas serão gravadas e seu conteúdo será transcrito para serem utilizados em trabalhos científicos. Após a transcrição, as gravações serão apagadas, garantindo a não divulgação.
6. Não há nenhum risco significativo em participar do estudo, a não ser o desconforto de responder às entrevistas, que levarão aproximadamente 60 minutos. Caso ocorra desconforto, você poderá solicitar a interrupção da entrevista, podendo ela ser remarcada para outro momento, se assim ficar acordado, com a garantia de que você será acompanhado e assistido durante o período de sua participação na entrevista.
7. Não há nenhuma despesa nessa participação e a participação na pesquisa não será remunerada.
8. Você receberá uma cópia desse Termo.

Qualquer dúvida com relação à participação na pesquisa poderá ser esclarecido(a) pela pesquisadora responsável ou pela Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso, que poderão ser encontradas nos endereços: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação – Bloco E - Av. Bandeirantes, nº 3900. Telefone: 16. 3602.3660.

Eu, _____, R.G. número, _____, fui e informado e estou ciente da minha participação nessa pesquisa.

Ribeirão Preto _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO B



Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/095-jsl

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2013

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "INVESTIGAÇÃO DE UMA NOVA MODALIDADE DE TRABALHO EM SAÚDE: O GRUPO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 117ª Reunião Ordinária, realizada em 28.02.2013, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE - 08669512.4.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Rita Martins Godoy Rocha
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP

C/C:
Profa. Dra. Camen Lúcia Cardoso
Departamento de Psicologia da FFCLRP USP