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

Bruna Cardoso Pinheiro

**Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos
Humanos**

Ribeirão Preto/SP
2017

BRUNA CARDOSO PINHEIRO

Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Cármen Lúcia Cardoso

Ribeirão Preto/SP

2017

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.

Capa: “The seed” (“A semente”) – Paweł Jońca

Pinheiro, Bruna Cardoso

Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos. Ribeirão Preto, 2017.

179 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Cardoso, Cármen Lúcia.

1. Saúde Mental. 2. Formação de Recursos Humanos. 3. Educação em Saúde. 4. Psicologia da Saúde. 5. Grupo Comunitário de Saúde Mental.

Nome: Pinheiro, Bruna Cardoso

Título: Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, fonte eterna de luz e vida.

À minha orientadora, professora Cármen Lúcia Cardoso, pelo suporte intelectual e afetivo fornecido a mim com tamanha sensibilidade, sabedoria e paciência, desde o primeiro contato à procura de orientação. Gostaria de deixar aqui minha admiração pela mesma como docente, profissional de saúde mental, mulher e mãe e também minha gratidão por tão valiosas lições ao longo de todo o percurso do mestrado, por me apontar novos caminhos quando minha visão se encontrava estagnada, por acolher minhas dúvidas e dificuldades, sempre com tanto carinho, amizade e um enorme coração de mãe, doce e ao mesmo tempo sábio, daquela sabedoria que só as mães são portadoras.

Ao Dr. Sérgio Ishara, por me acolher com tamanha delicadeza no espaço do GCSM, pelos conselhos, pelas sugestões e pela enorme fortaleza que carrega dentro de si, iluminando e esclarecendo sabiamente, ainda que em silêncio. Obrigada pelo caleidoscópio de possibilidades que abriu para mim em relação ao cuidado em saúde/saúde mental, por todas as “dores de ideias” com as quais saí, muitas vezes, após ouvi-lo no grupo e que tanto me ajudaram a acordar novas fibras do meu ser e do meu fazer profissional.

A todos os participantes do GCSM: usuários, familiares, profissionais, estudantes, pessoas da comunidade, aos quais seria injusto nomear sem que me falhasse a memória. A todos vocês meu agradecimento pelo carinho com que sempre me acolheram, pelos sorrisos, abraços, lágrimas e histórias de tanta luta e superação humana, que tive a honra de compartilhar. Sempre carregarei comigo um pedaço de cada um de vocês, os olhares, os sonhos, as brincadeiras, a amizade sincera, que cala fundo ao coração. Obrigada por fazerem parte da minha história.

Agradecimento especial aos estudantes e profissionais em formação, participantes dessa pesquisa, sem os quais a mesma seria impossível. Gostaria de agradecer à atenção, disponibilidade e ao interesse com que aceitaram fazer parte desse estudo, por dividirem suas experiências, aprendizados, dificuldades, enfim, os passos percorridos e ainda a percorrer na jornada de construção de sua própria formação profissional.

Ao Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta e à Profa. Dra. Edilaine Cristina Silva Gherardi Donato pelas inestimáveis contribuições ao aperfeiçoamento e

conclusão da dissertação, oferecidas no momento da qualificação deste estudo, alargando as possibilidades de aprofundamento teórico e compreensão e descortinando novos e fecundos caminhos, que tanto colaboraram para os arremates finais do presente trabalho.

Às meninas do grupo de pesquisa, coordenado pela professora Cármen Lúcia Cardoso: Mara, Ana Paula, Denise, Lydiane, Lícia, Loredanna, Clara, Nathália, Karin, Rita, pelas indispensáveis contribuições, desde o esboço do projeto de pesquisa até a revisão do texto final. Obrigada pelas sugestões, pelos momentos de estudo e aprofundamento teórico e por todos os aprendizados conjuntamente construídos.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, bem como aos seus docentes e funcionários, pela estrutura e suporte disponibilizados ao longo do desenvolvimento e conclusão desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, indispensável para a concretização desse trabalho.

À professora Cléria Maria Lobo Bittar, que me ensinou a dar os primeiros passos no campo da investigação científica, sempre me incentivando a crescer e superar meus próprios limites. Obrigada Cléria por toda luz que você sempre acendeu no meu caminho, pelo ser humano incrível que você é, fonte de inspiração para toda a vida. Você também faz parte da concretização desse sonho, pois foi a primeira a me dar forças para lutar por ele. Guardo sempre seus ensinamentos no coração e sua alegria na alma.

Aos meus pais, José Pedro Pinheiro e Dirce Cardoso Pinheiro, meus irmãos João Pedro e Simone e ao meu sobrinho João Vitor, motivos maiores da minha vida, da minha luta e combustível para meus sonhos. Dedico este trabalho especialmente à minha mãe, mulher batalhadora, extremamente sensível e ao mesmo tempo forte como um rochedo. Obrigada por sempre acreditar em mim, estar presente nos momentos mais difíceis e por iluminar meu caminho com sua fé, determinação e seu tão grande amor de mãe.

Ao meu amor, companheiro de luta e de jornada, Hiroshi, meu maior incentivador, meu porto seguro, luz dos meus dias, sorriso de minha alma. Obrigada por sempre estar ao meu lado, me ensinar tantas coisas, por enxugar minhas lágrimas, me fazer rir das coisas mais simples, me dar coragem e segurança para

enfrentar meus medos, angústias, por me oferecer sua mão firme nos momentos de queda, por me dar esperança e fortalecer minha fé nos sentidos maiores da vida, por ser esse homem-menino forte, determinado, romântico, sempre pronto a ajudar. Obrigada por dividir comigo a vida, os sonhos e o coração.

À minha querida amiga Maria Carolina Fregonezi Gonçalves, doçura em pessoa, que dividiu comigo tantos momentos de estudo e formação profissional. Obrigada pelo carinho e pela sua amizade, que sempre aquece meu coração.

À minha tia-madrinha Bia e ao meu tio Hêlvio, por todo apoio e por me acolherem com tanto carinho em sua casa. O aconchego de vocês foi fundamental nesse percurso de adaptação a um contexto diferente daquele que estava acostumada. Obrigada pela força e por me receberem em seu lar como uma filha.

A complicada arte de ver

Ela entrou, deitou-se no divã e disse: “Acho que estou ficando louca”. Eu fiquei em silêncio aguardando que ela me revelasse os sinais da sua loucura. “Um dos meus prazeres é cozinhar. Vou para a cozinha, corto as cebolas, os tomates, os pimentões - é uma alegria! Entretanto, faz uns dias, eu fui para a cozinha para fazer aquilo que já fizera centenas de vezes: cortar cebolas. Ato banal sem surpresas. Mas, cortada a cebola, eu olhei para ela e tive um susto. Percebi que nunca havia visto uma cebola. Aqueles anéis perfeitamente ajustados, a luz se refletindo neles: tive a impressão de estar vendo a rosácea de um vitral de catedral gótica. De repente, a cebola, de objeto a ser comido, se transformou em obra de arte para ser vista! E o pior é que o mesmo aconteceu quando cortei os tomates, os pimentões... Agora, tudo o que vejo me causa espanto”. Ela se calou, esperando o meu diagnóstico. Eu me levantei, fui à estante de livros e de lá retirei as “Odes Elementales”, de Pablo Neruda. Procurei a “Ode à Cebola” e lhe disse: “Essa perturbação ocular que a acometeu é comum entre os poetas. Veja o que Neruda disse de uma cebola igual àquela que lhe causou assombro: ‘Rosa de água com escamas de cristal’. Não, você não está louca. Você ganhou olhos de poeta... Os poetas ensinam a ver”.

(Rubem Alves, 2004).

RESUMO

Pinheiro, B. C. (2017). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A formação de recursos humanos para atuar no setor da saúde mental constitui elemento estratégico para a efetiva consolidação do modelo psicossocial de atenção, tendo em vista que a principal tecnologia utilizada nesta área é o próprio trabalhador. Nesse contexto, o presente estudo teve como foco o programa Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto- SP, que vem atuando como estratégia de ampliação e diversificação dos programas de cuidado em Saúde Mental e também como espaço de formação de profissionais de saúde. Objetivou-se compreender as experiências de estudantes e profissionais em processo de formação com o Programa GCSM e os desdobramentos de sua apropriação no percurso de formação profissional em saúde/saúde mental. Está ancorado em uma abordagem qualitativa de pesquisa e utilizou como instrumentos a observação participante e a entrevista aberta. Os dados foram coletados no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 e os participantes foram: cinco estudantes das áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Fisioterapia e dez profissionais em formação das áreas de Psicologia, Medicina e Serviço Social, totalizando 15 participantes. A análise do *corpus* foi realizada seguindo os princípios da Análise de Conteúdo Temática e possibilitou a construção de cinco categorias, a saber: 1) *A formação em saúde/saúde mental* – aponta experiências de formação vividas pelos entrevistados e revela um processo formativo atravessado pela centralidade e autoridade do profissional em relação ao paciente e pelo distanciamento afetivo; 2) *Primeiros contatos com o GCSM: um novo modelo* – descreve as experiências iniciais dos entrevistados com uma modalidade grupal inovadora e o processo de ambientação em relação à mesma; 3) *O GCSM sob a perspectiva de estudantes e profissionais em formação: a horizontalidade em questão* – aborda o processo de participação no GCSM, as vivências e apropriações da proposta grupal, sob os pontos de vista individual e relacional. Revela uma ampliação gradual das possibilidades de experimentar o lugar profissional no espaço, concomitantemente a uma maior abertura pessoal e ruptura com um modelo idealizado de profissional; 4) *Ampliando olhares acerca da pessoa em sofrimento psíquico: da doença à potência* – sugere uma ampliação dos olhares e concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico e redução de estereótipos, oportunizada pelo contato, no espaço do GCSM, com outras facetas dos usuários de serviços de saúde mental; 5) *O GCSM como experiência formativa* – aborda os desdobramentos da experiência vivida com o GCSM no percurso de formação em saúde mental e também para outros contextos, revelando uma ampliação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental. Com base na análise empreendida pode-se afirmar que a proposta vivencial, presente no modelo do GCSM, apresenta contribuições tanto do ponto de vista da formação técnica quanto no que tange ao desenvolvimento humano do profissional. Destaca-se que este estudo traz avanços para se pensar a formação realizada em serviços-escola no campo da saúde mental e que tal compreensão pode colaborar com a consolidação do modelo psicossocial de atenção.

Palavras-chave: Saúde Mental; Formação de Recursos Humanos; Educação em Saúde; Psicologia da Saúde; Grupo Comunitário de Saúde Mental.

ABSTRACT

Pinheiro, B. C. (2017). *Mental Health Community Group: Qualification for human resources*. Masters dissertation, Psychology Department, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo.

The qualification for human resources to work in the mental health area is a strategic element for the effective consolidation of the psychosocial care model, considering that the main technology used in this area is the worker himself. In this context, the present study focused on the Mental Health Community Group (GCSM) Program, developed in the city of Ribeirão Preto, SP, which has been acting as a strategy for expanding and diversifying mental health care programs and also as a qualification space for health professionals. The aim was to understand the experiences of students and training professionals with the GCSM Program and the unfolding of their appropriation in the professional qualification path in health/mental health. It is anchored in a qualitative research approach and used as instruments participant observation and open interview. The data were collected from August 2015 to February 2016 and the participants were: five students from the areas of Nursing, Occupational Therapy and Physiotherapy and ten training professionals in the areas of Psychology, Medicine and Social Work, totaling 15 participants. The analysis of the corpus was carried out following the principles of the Thematic Content Analysis and it enabled the construction of five categories, namely: 1) *Qualification in health/mental health* - shows formative experiences lived by the interviewees and reveals a formative process crossed by the centrality and authority of the professional in relation to the patient and by affective distance; 2) *First contacts with GCSM: a new model* - describes the initial experiences of the interviewees with an innovative group modality and the setting process in relation to it; 3) *GCSM from the perspective of students and training professionals: the horizontality in question* - addresses the process of participation in the GCSM, the experiences and appropriations of the group proposal, from an individual and relational point of view. It reveals a gradual increase in the possibilities to experiment the professional place in the space, concomitantly to a greater personal opening and rupture with an idealized model of professional; 4) *Expanding the view of the person in psychological distress: from illness to power* - suggests an enlargement of the views and conceptions about the person in psychological distress and reduction of stereotypes, provided by the contact in the GCSM space with other aspects of the users of mental health services; 5) *GCSM as a formative experience* - addresses the unfolding of experience with GCSM in the course of mental health qualification and also in other contexts, revealing a broader way of producing care in health/mental health. Based on the analysis undertaken, it can be affirmed that the experiential proposal, present in the GCSM model, presents contributions both from the point of view of technical training and with regard to the human development of the professional. It should be emphasized that this study brings advances to think about the training performed in school-services in the mental health field and this comprehension can contribute to the consolidation of the psychosocial model of care.

Keywords: Mental Health; Qualification for human resources; Health Education; Health Psychology; Mental Health Community Group.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição dos estudantes e profissionais entrevistados de acordo com idade, estado civil, profissão, formação acadêmica e tempo de participação no GCSM	69
Quadro 2 -	Recursos gráficos utilizados na descrição dos trechos das entrevistas e seus significados.....	72
Quadro 3 -	Categorias temáticas e subcategorias correspondentes	75

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ECEU	Espaço de Cultura e Extensão Universitária
GCSM	Grupo Comunitário de Saúde Mental
HC-FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HD	Hospital-Dia
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
Pet-Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Breve contextualização teórica acerca das mudanças de paradigma na área da saúde	31
1.2 A construção de um novo modelo de atenção em saúde mental	36
1.3 A formação profissional na área da saúde	40
1.4 A formação de recursos humanos para atuar em saúde mental	45
1.5 Grupo Comunitário de Saúde Mental	49
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	57
3 OBJETIVO	61
4 MÉTODO.....	65
4.1 Considerações Éticas.....	66
4.2 Contexto do Estudo.....	67
4.3 Participantes.....	68
4.4 Constituição do <i>Corpus</i>	70
4.4.1 <i>Instrumentos</i>	70
4.4.2 <i>Procedimentos</i>	71
4.5 Percurso de Análise do <i>Corpus</i>	71
5 ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>.....	75
5.1 A formação em saúde/saúde mental.....	76
5.1.1 <i>Experiências na graduação em saúde</i>	76
5.1.2 <i>Experiências em saúde mental</i>	81
5.2 Primeiros Contatos com o GCSM: um novo modelo	85
5.3 O GCSM sob a perspectiva de estudantes e profissionais em formação: a horizontalidade em questão	87
5.3.1 <i>A questão do lugar profissional no GCSM</i>	88
5.3.1.1 <i>Dúvidas acerca do lugar</i>	88
5.3.1.2 <i>A cisão pessoa/profissional</i>	89
5.3.1.3 <i>Experimentando novos lugares</i>	92

5.3.2 A horizontalidade das relações no espaço do GCSM.....	99
5.3.2.1 A condição humana como fator de proximidade: relações de reciprocidade e troca.....	99
5.3.2.2 Ruptura com um modelo idealizado de profissional.....	102
5.4 Ampliando olhares acerca da pessoa em sofrimento psíquico: da doença à potência	106
5.5 O GCSM como experiência formativa.....	111
5.5.1 Repercussões na dimensão pessoal	111
5.5.2 Repercussões na dimensão profissional	116
6 DISCUSSÃO	125
6.1 Processo de transição paradigmática no campo da formação em saúde/saúde mental	125
6.2 Movimentos de (trans)formação: novas possibilidades de ser e se fazer profissional de saúde/saúde mental	131
6.3 (Trans)formação de olhares e concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico	138
6.4 (Trans)formação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental ..	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	175
ANEXO - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP	179

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Antes de realizar a apresentação de meu percurso profissional e acadêmico, gostaria de compartilhar, brevemente, uma parte da minha história pessoal, por entender que aquilo que nos constitui como pessoas também nos forma como profissionais (Rosito & Loterio, 2012). Nasci em uma comunidade pobre, em Franca, interior de São Paulo. Tenho orgulho em dizer que a história da minha família sempre foi marcada por muita luta, perseverança e determinação. Após a morte de meu irmão mais velho, ocorrida antes de meu nascimento, meu pai adoeceu gravemente, terminando por receber o diagnóstico de esquizofrenia. Além da escassez de recursos financeiros, convivemos muitas vezes com a desassistência dos serviços de saúde/saúde mental, o que contribuiu para o agravamento do quadro de meu pai, que passou por três internações psiquiátricas em um contexto ainda fortemente marcado pela lógica manicomial.

Desse modo, minha infância e adolescência, bem como a de meus irmãos foram atravessadas pelo contato intenso com o sofrimento mental, a luta por melhor assistência para meu pai e por muitos sonhos e esperanças em relação ao futuro. Ainda na adolescência, tive contato com a área da Psicologia, por meio de uma disciplina oferecida no ensino médio. Esse primeiro contato, acrescido à minha experiência pessoal, me deu a certeza de que essa era a profissão que gostaria de seguir. Em função das dificuldades financeiras e considerando que o curso de Psicologia na minha cidade é oferecido somente em faculdades particulares, prestei o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e consegui uma bolsa integral para cursar Psicologia na Universidade de Franca.

A minha graduação em Psicologia, iniciada em 2005, foi para mim uma grande oportunidade de aprendizado e desenvolvimento, tanto profissional quanto pessoal. No terceiro ano da faculdade tive contato com disciplinas específicas em Psicologia da Saúde, realizando monitoria em uma delas, que me ajudaram a confirmar meu interesse por essa área, dentro do universo mais amplo da Psicologia. Ainda nesse período comecei minha iniciação científica com a professora Cléria Maria Lobo Bittar, que me apresentou ao universo da pesquisa científica. Desenvolvi um estudo sobre o processo de humanização do parto, que resultou em duas publicações científicas, intituladas: “Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de

saúde” (Revista Aletheia, v.37, jan./abril 2012) e “Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres” (Fractal: Revista de Psicologia, v.25, n. 3, set./dez. 2013).

Durante a graduação realizei ainda um estágio em “Promoção de Saúde na Comunidade”, desenvolvendo trabalho com treino de habilidades de vida, junto a pacientes psiquiátricos, atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na mesma comunidade em que nasci. Este estágio possibilitou entrar em contato com outras facetas da realidade do trabalho no setor da saúde mental, diferentes daquelas que havia tido, sob a condição de familiar de usuário de serviços de saúde mental. Após a conclusão da minha graduação em 2009, tendo me formado como melhor aluna da turma, recebi uma bolsa para realizar um curso de especialização na instituição. Iniciei, então, o curso de especialização em “Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família”, o que me permitiu ampliar, sobremaneira, os conhecimentos adquiridos durante a graduação, principalmente no que tange a políticas públicas, funcionamento do Sistema Único de Saúde, processo de gerenciamento e avaliação em saúde, além de ter tido contato com profissionais de saúde de diferentes áreas de formação, experiência que me foi muito enriquecedora. Sob a orientação da professora Cléria Maria Lobo Bittar, desenvolvi como trabalho final de curso uma revisão de literatura acerca de práticas de educação popular em saúde, que gerou a publicação “Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa” (Cinergis, v. 18, jan./mar. 2016).

Concomitantemente à especialização profissional iniciei um trabalho voluntário, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Franca, na mesma UBS em que havia realizado estágio durante a graduação, como forma também de retribuir à comunidade em que cresci. Tal experiência propiciou um olhar diferenciado para as demandas trazidas pela população e para a maneira como os profissionais lidavam com elas no cotidiano do serviço. A partir do contato direto com este serviço e dos conhecimentos adquiridos com a especialização, senti necessidade de realizar uma pós-graduação, em nível de mestrado, de forma a expandir e enriquecer os saberes adquiridos, bem como me aprimorar no campo da investigação científica. Entrei então em contato, em 2012, com a professora Cármen Lúcia Cardoso, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, para discutir a possibilidade de orientação. A professora Carmen Lúcia me apresentou a um projeto desenvolvido desde 1997, no Hospital

das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, denominado Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM).

Meu primeiro contato com o GCSM foi marcado pela surpresa e encantamento com o intenso clima emocional no espaço. Diferente de todos os contextos de cuidado em saúde mental conhecidos por mim até então, havia ali algum elemento diferente que parecia interligar os participantes, convidando-os a vivenciar o encontro, não apenas racionalmente, mas principalmente afetivamente, sensorialmente e humanamente. Saí do grupo profundamente sensibilizada com o que vivenciara ali: pessoas tão diversas entre si, compartilhando experiências tão intensas, de um modo tão familiar, tão genuíno e ao mesmo tempo tão simples. Voltei na semana seguinte, ansiosa por dividir com o grupo, no momento do sarau, destinado ao compartilhamento de produções artísticas e culturais, um texto do Rubem Alves, “A complicada arte de ver”, que para mim tinha um significado todo especial. Continuei a participar ativamente do GCSM durante um período de três anos, no qual pude conhecer mais de perto sua proposta de trabalho e entrar em contato com os estudos realizados até então, acerca do mesmo. Desse encontro com o grupo, ao mesmo tempo vivencial e teórico e das reflexões contínuas junto à minha orientadora, foi sendo delineado o projeto de pesquisa, que deu origem ao presente trabalho.

INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve contextualização teórica acerca das mudanças de paradigma na área da saúde

A organização das práticas e dos serviços na área da saúde constitui fenômeno de enorme complexidade, a qual reflete uma variabilidade de fatores que concorrem para a estruturação de um dado modelo assistencial em saúde, também denominado modelo de atenção ou modo de intervenção em saúde. De acordo com Fertoni, Pires, Biff e Scherer (2015), os modelos assistenciais representam a maneira como “em determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida” (p. 1872). Portanto, na configuração de determinado modelo assistencial estão envolvidos diferentes fatores que interagem entre si, incluindo: o paradigma de ciência vigente, os conhecimentos e tecnologias desenvolvidos em torno do cuidado em saúde, a cultura e subjetividade dos sujeitos, o papel assumido pelo Estado no setor saúde, o perfil epidemiológico e de morbi-mortalidade da população, os modelos de gestão e organização do serviço e do trabalho em saúde, bem como os valores e concepções de cidadania e direitos humanos legitimados.

Nesse sentido, para compreender os desafios que perpassam o setor saúde, particularmente no contexto brasileiro, torna-se indispensável resgatar, ainda que brevemente, o paradigma de saúde que ainda hoje se mostra hegemônico nos serviços e práticas de saúde – o paradigma biomédico – embora em tensão permanente com outros modelos que propõem, atualmente, outra racionalidade e outro jeito de desenvolver o cuidado em saúde. O paradigma biomédico, cujas bases encontram-se assentadas sobre o pensamento racionalista cartesiano e a mecânica newtoniana, pressupõe uma cisão entre corpo e mente, concebendo o corpo humano como uma máquina, que pode ser fragmentada em partes menores, visando ao seu estudo e intervenção. A enfermidade é circunscrita a um mau funcionamento dos mecanismos biológicos e químicos do corpo e a assistência em saúde ao concerto ou reparação das disfunções em um dado mecanismo, com vistas à restituição de sua “normalidade”, estabelecida com base em critérios

anatomopatológicos e bioquímicos (Baeta S., 2015; Fertoni et al., 2015; Puttini, Pereira Junior, & Oliveira, 2010).

Ressalta-se que o paradigma biomédico fundamenta-se em uma racionalidade que compreende corpo e doença como objetos, com ênfase na dimensão biológica do adoecimento (Guedes, Nogueira, & Camargo Jr., 2006; Nogueira, 2010) e adoção de um conceito de saúde como negativo, ou seja, saúde é pensada em uma relação de dependência à doença, como sua ausência, desconsiderando os diferentes aspectos existenciais, culturais, subjetivos, sociais e espirituais que compõem tanto a experiência de saúde como de adoecimento (Costa & Bernardes, 2012). Embora tal modelo tenha favorecido um amplo desenvolvimento das ciências da saúde, no que tange ao aprimoramento de técnicas diagnósticas e controle e erradicação de doenças, a partir da década de 70, um movimento em escala internacional começou a questionar os limites e implicações deste modelo (Fertoni et al., 2015).

As críticas recaíram especialmente sobre a redução do processo saúde-doença à sua dimensão biológica e a terapêutica à identificação e eliminação de lesões e doenças, favorecendo um processo de objetivação do sofrimento, que perde de vista o paciente para centrar-se na doença, com desconsideração pelos aspectos subjetivos, culturais e éticos dos sujeitos atendidos (Barros & Gondim, 2014; Camargo Jr., 1992; Fertoni et al., 2015; Guedes et al., 2006). Além disso, ao centralizar a assistência, principalmente, no âmbito da clínica hospitalar, com foco no atendimento individual e na utilização de instrumentos e recursos tecnológicos, tal modelo contribuiu para um processo de especialização e tecnificação do ato do profissional da saúde (Fertoni et al., 2015; Scherer, Marino, & Ramos, 2005), com ampla valorização das tecnologias duras (equipamentos e instrumentos), e leve-duras (conhecimentos técnicos), em detrimento das tecnologias leves (relacionais), sobrepondo a utilização de instrumentos e procedimentos ao contato e relacionamento interpessoal com o paciente (Franco & Merhy, 2012).

Além desses aspectos, contribuiu para o processo de questionamento acerca da eficácia e limitações do modelo de saúde tradicional, a transição epidemiológica, observada desde o início do século XX, com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e crescimento das doenças cardiovasculares, neoplásicas e degenerativas (Aguiar, 2003; Paiva & Teixeira, 2014). Sob este contexto, em 1974,

foi publicado o “Relatório Lalonde – Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses”, que apontou um descompasso entre o modelo assistencial tradicional e a eficiência deste modelo para satisfazer as necessidades de saúde da população, principalmente, a partir do processo de transição epidemiológica. De acordo com este relatório, o modelo assistencial se mostrou o elemento de menor impacto sobre a qualidade da saúde da população, destacando-se a importância de considerar os demais elementos, envolvidos no processo saúde-doença, incluindo biologia humana, ambiente e hábitos de vida (Pereira & Oliveira, 2014; Ferreira & Buss, 2002).

Em 1977 foi realizada a 30ª Assembleia Mundial da Saúde, que apresentou como meta social mundial “Saúde Para Todos no Ano 2000”, assumindo como proposta política o investimento em serviços básicos de saúde (WHO, 1995). Em 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, que reiterou a saúde como direito humano fundamental, apontando os cuidados primários como estratégia privilegiada para o alcance da meta “Saúde Para Todos no Ano 2000” (WHO, 1978). Em 1986, em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde chamou a atenção para a influência de fatores biológicos, políticos, econômicos, sociais, culturais e de meio ambiente sobre o processo saúde-doença, destacando a importância da promoção da saúde, de políticas intersetoriais e da participação da comunidade no processo de reorientação dos sistemas de saúde (WHO, 1986).

Nesse sentido, verificou-se uma expansão progressiva do olhar para a produção e determinação social da saúde, com ênfase na adoção de um conceito ampliado de saúde, que leve em consideração a complexidade e multidimensionalidade do humano (Ramos, Mesquita, Galvão, & Enders, 2013). Sob este contexto emergiu um novo paradigma em saúde, reconhecido como paradigma biopsicossocial ou paradigma da produção social da saúde. Este concebe a saúde como “produto social” em permanente transformação, resultante de fatores políticos, econômicos, ideológicos, espirituais, ecológicos, entre outros e rompe com a concepção negativa de saúde, como ausência de doença, passando a adotar um “conceito positivo” de processo saúde-doença, ou seja, que perpassa pela produção da diferença, alteridade, cidadania e vida nos diferentes modos do existir humano, o que justifica a adoção de práticas interdisciplinares e intersetoriais, considerando a

complexidade e multiplicidade de demandas que atravessam a área da saúde (Costa & Bernardes, 2012; Pereira, Barros, & Augusto, 2011).

Importante destacar que o processo de consolidação de um novo modelo de saúde ainda se encontra em construção e que a lógica proposta pelo paradigma biopsicossocial esbarra, frequentemente, com a racionalidade biomédica, ainda presente nos modos de fazer e pensar saúde. Além disso, cumpre pensar ainda que a conformação de um dado modelo assistencial perpassa por uma série de fatores, como mencionado no início deste texto, incluindo a organização e políticas adotadas pelo Estado para responder aos problemas de saúde da população (Fertonani et al., 2015).

Este elemento é importante para compreender como se estruturou o campo da assistência à saúde, no cenário brasileiro, até chegar à presente configuração. Antes da criação do atual sistema de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS) - vigorava no Brasil o modelo médico assistencial privatista, que teve início na década de 1920, apresentando como pano de fundo a necessidade de oferecer assistência aos trabalhadores urbanos assalariados, de modo a assegurar sua capacidade produtiva. Nesse modelo, cabia ao setor privado a assistência à saúde, restrita aos segmentos assalariados da população e ao Estado as ações de “saúde pública”, como saneamento, vacinação e controle de doenças contagiosas, restando aos mais pobres a assistência filantrópica e caritativa. Importante destacar o papel do Estado no financiamento e sustentação deste modelo, tanto na compra de serviços como em relação aos incentivos fiscais aos produtores privados (Cohn, 2006; Merhy, Malta, & Santos, 2004).

O modelo privatista começou a dar sinais de esgotamento na década de 70, momento em que o Brasil enfrentou uma grave crise, marcada pela queda do crescimento econômico e expansão da dívida pública. Tal crise se expressou também no setor saúde, com escassez de recursos, aumento dos custos operacionais e descrédito social. Para combater a crise, o governo procurou incorporar as recomendações das organizações internacionais, tendo sido, inclusive, o Brasil signatário da Declaração de Alma-Ata. Contudo, ao mesmo tempo em que demonstrava uma abertura às ideias debatidas pela comunidade internacional, continuava mantendo a ênfase nos serviços privados de assistência à saúde, com foco na prática médica curativa, individual e especializada (Bravo, 2008; Fertoni et al., 2015; Siqueira, 2013; Souza & Costa, 2010).

Neste contexto de crise do modelo tradicional de assistência emergiu o Movimento Sanitário, que representou um movimento de luta pela reorganização do sistema de saúde e foi parte integrante do processo mais amplo de luta pela redemocratização do país. As principais propostas debatidas pelos atores do Movimento Sanitário incluíam: a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reorganização do setor através da criação do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do poder para as esferas estaduais e municipais; o financiamento efetivo e a criação de novos mecanismos de gestão, como os Conselhos de Saúde, visando a democratização do poder local (Bravo, 2008; Paiva & Teixeira, 2014).

Em março de 1986, em Brasília foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que congregou as propostas que vinham sendo discutidas até então no país. Durante o evento foram debatidas as temáticas “Saúde como direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial” e foi recomendada a criação do SUS (Brasil, 1986). Inspirada por estas propostas e visando um reordenamento do sistema de saúde nacional, a constituição de 1988 consolidou o direito pleno à saúde, disposto no artigo 196 como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988, p. 33).

O SUS foi regulamentado em 1990, através da homologação da *Lei n. 8080* (1990) e da *Lei n. 8142* (1990), que compõem as “Leis Orgânicas da Saúde” e apresenta como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade dos serviços e ações de saúde, ao mesmo tempo em que estabelece como princípios operacionais a descentralização e regionalização dos serviços, a hierarquização da rede e a participação popular (Ministério da Saúde, 2000). Nesse sentido, os princípios do SUS passaram a ser adotados como eixo organizador das práticas assistenciais em saúde.

Desde a criação do SUS foram observados avanços importantes no que tange à expansão do acesso aos serviços, especialmente na atenção básica e melhoria na condição de saúde geral da população. No entanto, ainda permanece como desafios a distribuição desigual dos serviços de saúde no território brasileiro,

marcado por uma grande heterogeneidade de demandas e desigualdade socioeconômica, assim como a questão do financiamento do setor, perpassada pela insuficiência de recursos e por uma tensão permanente entre a lógica pública e privada, bem como entre diferentes concepções ideológicas que defendem a saúde, por um lado, como bem de mercado e por outro, como direito social e de cidadania (Barbosa, 2013; Cohn, 2006; Marsiglia, Silveira, & Carneiro-Junior, 2005; Pires & Demo, 2006). Acrescido a isso, no cotidiano dos serviços permanece como desafio a superação do paradigma biomédico, que continua a influenciar a organização dos serviços, a formação profissional, bem como a produção de conhecimentos em saúde (Fertonani et al., 2015).

Desse modo, observa-se que a área da saúde é permeada por diferentes processos: políticos, econômicos, ideológicos, culturais, que conjuntamente à organização e luta dos diferentes atores sociais que compõem o campo, determinam sua conformação em um dado momento histórico. Tais atravessamentos encontram-se presentes também no campo da saúde mental que, no cenário brasileiro, compartilhou de muitas das lutas e desafios enfrentados pelo movimento da Reforma Sanitária, apresentando, no entanto, especificidades que conformaram as transformações no modelo de atenção em saúde mental, atualmente, adotado no país. Tais especificidades serão discutidas a seguir.

1.2 A construção de um novo modelo de atenção em saúde mental

Nos últimos anos da década de 1970 teve início no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagonizou os anseios e iniciativas pela transformação do modelo de atenção e cuidado em saúde mental até então vigente. As principais reivindicações do MTSM giravam em torno de questões trabalhistas e da necessidade de transformações na assistência psiquiátrica. Embora esta última questão não constituísse um objetivo em si do movimento, ela estava ligada à busca de uma democracia plena e uma organização mais justa da sociedade e contribuiu para o início de um amplo debate a respeito da assistência à saúde mental brasileira (Amarante, 1995, 1996).

Dessa forma, as condições nos hospitais psiquiátricos do país passaram a ser amplamente denunciadas, expondo-se a carência de recursos materiais e humanos, maus tratos e violência, falta de liberdade e critérios arbitrários de internação e

tempo de permanência hospitalar a que eram submetidos os pacientes (Amarante, 1995, 1996, 1997; Martinhago & Oliveira, 2015; Poz, Lima, & Perazzi, 2012). Este cenário contribuiu para a consolidação de um movimento de crítica ao aparato manicomial e de busca pela redefinição das práticas de assistência em saúde mental, denominado de Reforma Psiquiátrica. Tal movimento foi moldado no bojo das lutas sociais pelo processo de redemocratização do país e das lutas pela transformação do setor saúde mais amplo (Maciel, 2012). Ao mesmo tempo, o movimento de Reforma Psiquiátrica sofreu influências de experiências e movimentos internacionais, que vinham sendo empreendidos desde o final da Segunda Guerra Mundial e que questionavam a instituição psiquiátrica, o modelo asilar e as noções de periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade que cercavam o fenômeno da loucura (Amarante, 1999, 2003; Martinhago & Oliveira, 2015).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi influenciado principalmente pela experiência italiana, cujo principal expoente foi Franco Basaglia. O movimento de reforma psiquiátrica italiano acentuava uma recusa da pessoa em sofrimento psíquico como resultado de uma doença incompreensível, assim como uma negação do saber psiquiátrico como ciência e da instituição psiquiátrica como lugar alienante e opressor (Basaglia et al., 1994). Nesse sentido, defendia-se que a Psiquiatria, na medida em que colocava o sujeito entre parênteses, passava a se ocupar de uma entidade abstrata, a doença mental, a qual ela mesma contraditoriamente havia produzido. Assim, buscava-se inverter a lógica, colocando a doença mental entre parênteses, para que o sujeito pudesse emergir em sua experiência-sofrimento (Basaglia, 1982). Neste cenário, uma mudança paradigmática começou a emergir, deslocando o problema da cura para a emancipação e questionando o processo de reprodução social das pessoas, na busca pela (re) singularização dos sujeitos (Rotelli, 2000).

A noção de desinstitucionalização ganhou então destaque, sendo esta compreendida não apenas como a saída da instituição psiquiátrica, mas como a ruptura com os paradigmas reducionistas, com a cultura e a lógica manicomial, tendo em vista a transformação das relações tradicionalmente estabelecidas com a loucura e com as pessoas em sofrimento psíquico (Lucena & Bezerra, 2012; Martinhago & Oliveira, 2015; Rotelli, 2000; Saraceno, 2001; Yasui, 2006). Portanto, a desinstitucionalização não deve ser confundida com desospitalização que, embora pressuponha o desmonte das condições físico-estruturais, não avança como

trabalho micropolítico de desconstrução da lógica manicomial, para além dos muros institucionais (Vasconcelos & Paulon, 2014).

Inspirado por estas ideias e experiências, assim como pelo protagonismo do MTSM, a Reforma Psiquiátrica Brasileira conquistou diversos avanços, incluindo a criação do primeiro “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, em 1986, no município de São Paulo. Este CAPS, juntamente com a intervenção da Secretaria Municipal de Santos no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta” e a subsequente criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ajudaram a demonstrar a viabilidade da construção de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico no país (Lucena & Bezerra, 2012; Martinhago & Oliveira, 2015; Ministério da Saúde, 2005). Em junho de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, representando um marco histórico no debate acerca da política nacional de saúde mental. A Conferência se estruturou em torno de três eixos: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental”; “Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental” e “Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental” (Ministério da Saúde, 1988).

Outro importante passo, na direção da consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi dado com a elaboração do Projeto de Lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e previa a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. No entanto, foi somente na década de 90 que entraram em vigor no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária (CAPS, NAPS e Hospitais-Dia) e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2005).

Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de associações de usuários e familiares, conselhos de saúde, prestadores, governos e entidades da sociedade civil, ampliando o debate acerca da implantação dos serviços substitutivos (Ministério da Saúde, 1994). Contudo, apesar das normatizações do Ministério da Saúde para a regulamentação dos CAPS e NAPS, o processo de expansão destes serviços na década de 90 foi marcado por uma grande descontinuidade e pela falta de uma linha de financiamento específica para os mesmos (Ministério da Saúde, 2005).

Foi somente em 2001, após 12 anos de tramitação, que a Lei Paulo Delgado foi aprovada, após várias mudanças na proposta original. A *Lei n. 10.216* (2001), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de bases comunitárias. Com a promulgação da *Lei n. 10.216*, a política de saúde mental adquire maior sustentação, sendo criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como estabelecidos mecanismos para sua fiscalização, gestão e acompanhamento (Heidrich, 2007; Lucena & Bezerra, 2012; Ministério da Saúde, 2005).

Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde instituiu a *Portaria n. 336* (2002), que oficializou o papel dos CAPS como instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico, definindo-os como elementos articuladores da rede de serviços em saúde mental e caracterizando suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, CAPSi – infanto-juvenil, e CAPSad – álcool e drogas), conforme a complexidade e abrangência populacional. Atualmente os CAPS integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela *Portaria n. 3.088* (2011). A RAPS almeja contribuir para a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, visando assegurar o acesso, qualificação e ampliação das ações e serviços. Está organizada em sete componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (*Portaria n. 3.088*, 2011).

Observa-se desde a criação dos primeiros serviços substitutivos, uma importante expansão de tais dispositivos. Apesar disso, para garantir um efetivo processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial é necessário estar atento ao risco de se reproduzir a lógica manicomial nos aparelhos substitutivos que se propõem a combatê-la (Dimenstein, 2004; Maciel, 2012; Martinhago & Oliveira, 2015; Pereira & Costa-Rosa, 2012; Vasconcelos & Paulon, 2014). Torna-se, assim, fundamental a construção de novos modelos de atenção e cuidado, que levem em consideração os novos dispositivos e objetivos com que se opera, como, por exemplo, as noções de território, rede e intersetorialidade que integram as novas políticas públicas de saúde (Bezerra Jr., 2007). Nesse sentido, ganha destaque o tema da formação dos profissionais de saúde mental, tendo em vista o lugar

estratégico que ocupam no processo de consolidação do novo modelo. O tema da formação em saúde/saúde mental será abordado nos tópicos a seguir. Ressalta-se que o campo da saúde engloba a saúde mental, mas optou-se por apresentá-los separadamente, visando realizar uma descrição mais detalhada do tema.

1.3 A formação profissional na área da saúde

Em 1910, o educador Abraham Flexner divulgou os resultados de um estudo, intitulado: “Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá: um relatório para a Fundação Carnegie para o avanço do ensino” (*Medical Education in the United States and Canada – a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*), em que foram avaliadas a qualidade e a adequação técnica, pedagógica e científica de cerca de 150 escolas médicas americanas e canadenses. Este documento, também conhecido como relatório Flexner, elaborado a pedido da Fundação Carnegie, visava fornecer uma visão detalhada da situação da formação médica na época, que enfrentava uma série de dificuldades, incluindo a abertura indiscriminada de escolas médicas, adoção de critérios arbitrários de admissão, inadequação das instalações e carência de parâmetros teórico-científicos e pedagógicos na organização dos currículos (Almeida Filho, 2010; Gomes & Rego, 2011; Pagliosa & Da Ros, 2008).

Como resultado, Flexner propôs uma série de medidas que visavam reformular o modelo de ensino médico, incluindo: controle de admissão; adoção de um currículo de quatro anos, dividido em ciclo básico, centrado no laboratório e ciclo clínico, desenvolvido no hospital, reconhecido como local privilegiado para o estudo das doenças; adoção do método científico positivista como critério norteador da produção do conhecimento e da racionalidade biomédica como parâmetro do ensino e da prática médica. As consequências deste modelo, proposto por Flexner, não ficaram restritas ao ensino médico, nem ao território estadunidense, mas repercutiram amplamente em outros países na conformação dos currículos de todas as profissões da saúde (Almeida Filho, 2010; Gomes & Rego, 2011; Pagliosa & Da Ros, 2008).

No Brasil, sob a influência do modelo de ensino biomédico-flexneriano, os cursos da área da saúde, tradicionalmente, se caracterizaram por: uma marcada ênfase biologicista e positivista; fragmentação do conhecimento; cisão entre os

ciclos básicos e profissionalizantes; visão dicotômica da relação teoria-prática; valorização de métodos tecnicistas, mecanicistas e passivos de transmissão do conhecimento; e foco na especialização e no hospital como principal cenário de aprendizagem (Braid, Machado, & Aranha, 2012; Carneiro & Porto, 2014; Costa & Borges, 2015).

No entanto, na medida em que avançou as lutas pela reorientação do sistema de saúde brasileiro, a discussão em torno da questão da formação profissional em saúde e do paradigma que a norteia tornou-se premente, considerando o papel dos profissionais de saúde na consolidação de um novo modelo assistencial (Costa & Borges, 2015; Silva & Santana, 2015). A questão da incoerência de uma reforma do setor saúde, sem a consequente reforma da formação de sua força de trabalho foi, inclusive, tema de debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriores Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde, foi outorgada ao SUS, por meio da Constituição Nacional de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde de 1990, a ordenação da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (Costa & Borges, 2015; Hora & Souza, 2015; Moreira & Dias, 2015).

Contudo, apesar deste instrumento legal, uma série de dificuldades se apresentaram ao processo de reorientação da formação em saúde, tendo em vista o novo modelo de atenção e os princípios do SUS. Entre elas, uma histórica fragmentação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e consequente dificuldade de integração quanto ao planejamento e regulação da formação na área da saúde, dificultando mudanças curriculares que atendessem às necessidades do sistema de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Nesse sentido, embora na década de 90 possam ser observadas importantes iniciativas, voltadas para uma maior articulação entre academia e serviços de saúde, como o Projeto de Integração Docente-Assistencial (Projeto IDA) e o Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade” (Projeto UNI), a maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) continuou reproduzindo o modelo tradicional de ensino e formando profissionais para atuar no SUS sob a lógica do modelo biomédico (Batista, 2013; Dias, Lima, & Teixeira, 2013).

Em 1996 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (*Lei n. 9.394, 1996*), apontando referências para a reorientação do sistema educacional brasileiro. Embora a LDB não expresse diretrizes específicas no tocante à formação

superior em saúde, ela afirma a autonomia das IES em relação à fixação de currículos para seus cursos e programas, elemento que será fundamental, posteriormente, para uma maior flexibilização dos currículos, com a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação, aprovadas entre 2001 e 2002 (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Dias et al., 2013; Hora & Souza, 2015).

As DCN representam um instrumento de referência para as IES na organização de seus programas de formação, visando:

“1. conferir maior autonomia às instituições de ensino superior na definição dos currículos de seus cursos, a partir da explicitação das competências e das habilidades que se deseja desenvolver, através da organização de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas da sociedade, em que a graduação passa a constituir-se numa etapa de formação inicial no processo contínuo da educação permanente;

“2. propor uma carga horária mínima em horas que permita a flexibilização do tempo de duração do curso de acordo com a disponibilidade e esforço do aluno;

“3. otimizar a estruturação modular dos cursos, com vistas a permitir um melhor aproveitamento dos conteúdos ministrados, bem como a ampliação da diversidade da organização dos cursos, integrando a oferta de cursos sequenciais, previstos no inciso I do art. 44 da LDB;

“4. contemplar orientações para as atividades de estágio e demais atividades que integrem o saber acadêmico à prática profissional, incentivando o reconhecimento de habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar; e

“5. contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do ensino de graduação, norteando os instrumentos de avaliação (*Parecer CNE/CES n. 67, 2003, p. 4*).

Dessa forma, uma importante mudança trazida pelas DCN foi a eliminação dos chamados “currículos mínimos”, que fixavam disciplinas e cargas horárias rígidas, estabelecendo uma “grade curricular” que encerrava os cursos dentro de conteúdos pré-estabelecidos, independente do contexto e demandas do meio social. No caso das DCN para os cursos da área da saúde, destaca-se a orientação referente à necessidade de adequação dos currículos aos princípios e diretrizes do SUS, assumidos como elementos norteadores da formação (Costa & Borges, 2015; Moreira & Dias, 2015; Silva & Santana, 2015). Embora as DCN para os cursos da saúde apresentem orientações específicas a cada profissão, os textos das DCN de todos os cursos da saúde compartilham basicamente a mesma estrutura, composta por: perfil do formando/egresso/profissional; competências, habilidades e atitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso; e acompanhamento e avaliação. Assume-

se como perfil desejado, um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. Além disso, as DCN assumem como competências e habilidades gerais, que devem ser desenvolvidos por todos os cursos da saúde: atenção à saúde, com ênfase nas ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação; tomada de decisões; comunicação; liderança, com ênfase no trabalho multidisciplinar; administração e gerenciamento do SUS; e educação permanente (*Parecer CNE/CES n. 1.133, 2001*).

Além dos conteúdos biológicos clássicos, aponta-se a necessidade de inclusão de saberes relativos aos determinantes sociais, culturais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, considerando os níveis individuais e coletivos do processo saúde-doença. Ressalta-se ainda, nas DCN dos cursos da saúde, a importância de se trabalhar não apenas com conteúdos cognitivos, mas estimular também no processo de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento de habilidades emocionais, motoras e sociais. Nesse sentido, destaca-se o uso de estratégias educacionais ativas, centradas no aluno, como sujeito da aprendizagem e a diversificação dos cenários de aprendizagem, visando à articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, bem como entre teoria e prática (Costa & Borges, 2015; Hora & Souza, 2015; Moreira & Dias, 2015; Silva & Santana, 2015).

As DCN representaram um importante avanço no que tange à reconfiguração da formação em saúde. No entanto, assim como a transformação do modelo de atenção à saúde constitui um movimento de lutas, marcado por avanços e retrocessos, também o campo da formação em saúde mostra-se atravessado por um complexo jogo de forças, em que diferentes projetos e interesses são colocados em disputa permanente (Batista & Gonçalves, 2011). Dessa forma, a reorientação da formação em saúde implica em uma radical mudança por parte das IES, bem como da relação destas com diferentes cenários de ensino-aprendizado, incluindo os serviços de saúde que, por sua vez, apresentam também cultura e dinâmicas específicas. Dessa forma, trata-se de construir mecanismos de integração, não apenas entre diferentes espaços, mas entre sujeitos, considerando os desafios implicados nos processos de trabalho e produção do cuidado em saúde. Além disso, torna-se importante considerar o papel do corpo docente neste processo, considerando que muitos educadores responsáveis pela formação de novos profissionais de saúde tiveram sua própria formação calcada sob o modelo

tradicional. Nesse sentido, torna-se importante oferecer suporte e ferramentas para que o próprio corpo docente seja capaz de dinamizar e se apropriar das mudanças pretendidas (Braid et al., 2012; Moreira & Dias, 2015).

Desde a promulgação das DCN, diferentes experiências vêm sendo propostas e desenvolvidas no contexto brasileiro, visando à reorientação da formação profissional em saúde para o SUS e adequação das práticas profissionais às demandas da população e realidades locais, bem como à ampliação da participação popular e controle social (Dias et al., 2013). Em 2001, os ministérios da Saúde e da Educação criaram, em parceria, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com o objetivo de estimular mudanças nos cursos médicos (Alves et al., 2013).

Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) tornou-se responsável pela proposição e formulação de políticas relativas à formação e desenvolvimento na área da saúde. Após a criação da SGTES foram criados o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), e o Programa Aprender SUS, com destaque para o Projeto Ensina SUS, implantados entre 2003 e 2004 (Ceccim & Feuerwerker, 2004), que serviram como espaço de aprendizagem e reformulação para as iniciativas posteriores, incluindo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), implantado em 2005 e o Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) de 2007 (C. Batista, 2013; Dias et al., 2013).

Estes programas baseiam-se na lógica da integração ensino-serviço e buscam favorecer, além da prática educacional nos serviços do SUS, o estabelecimento de mecanismos de cooperação entre gestores do SUS, instituições acadêmicas, funcionários dos serviços de saúde, docentes, discentes e comunidade (C. Batista, 2013; Dias et al., 2013; Ferraz, 2012; Pizzinato et al., 2012). Assim, ganha destaque a ideia de que a formação não se encerra com a conclusão do curso de graduação ou pós-graduação, mas ultrapassa os muros da universidade e se concretiza nos desafios do cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, em permanente interação entre as demandas trazidas pela população, a organização do próprio setor saúde e a prática profissional (Batista & Gonçalves, 2011; C. Batista, 2013; Ceccim, 2005).

Dentro desta lógica emerge a noção de Educação Permanente em Saúde, que constitui hoje uma política nacional e representa uma ação estratégica na reorientação das práticas de saúde, das ações e serviços e da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (Batista & Gonçalves, 2011; C. Batista, 2013). Cumpre destacar que educação permanente em saúde não representa sinônimo de educação continuada, direcionada para a capacitação, aperfeiçoamento e atualização técnica dos profissionais. A educação permanente amplia a noção de formação ao voltar-se para o potencial educativo do próprio processo de trabalho, pensando a formação como desafio cotidiano que se constrói no diálogo e no encontro entre profissionais, equipe de trabalho, gestores, usuários e sociedade mais ampla (Batista & Gonçalves, 2011; C. Batista, 2013; Ceccim, 2005). Contudo, não se trata de um sistema fechado, mas de um processo contínuo de construção, desconstrução e re-construção, que exige maior articulação entre os espaços de gestão, acadêmico e de controle social, assim como o diálogo e a participação permanente dos diferentes coletivos sociais (Batista & Gonçalves, 2011; Ceccim, 2005). No âmbito da formação em saúde mental também se observam tais questões e desafios, conforme será apresentado a seguir.

1.4 A formação de recursos humanos para atuar em saúde mental

A formação de recursos humanos em saúde mental é uma tarefa de enorme complexidade, uma vez que neste processo estão incluídas diferentes categorias profissionais, como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e praticamente todas as profissões da saúde, quando se considera a noção de equipe ampliada (Poz et al., 2012). Destaca-se ainda que o currículo, na maioria destes cursos é construído em torno de disciplinas fragmentadas, com ênfase na superespecialização e no uso de tecnologias específicas (Pereira, Costa, & Megale, 2012; Pereira, Reinaldo, & Andrade, 2015).

Além disso, é importante considerar a baixa carga horária destinada a disciplinas de saúde mental, oferecidas na maioria dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, assim como a carência de estágios práticos, com supervisão adequada e ênfase nos aspectos psicossociais e comunitários. Essa situação leva a uma enorme disparidade entre a formação recebida pelos profissionais e as exigências que se colocam no cotidiano dos serviços de saúde

mental, orientados justamente para a superação do modelo que tem norteado a formação profissional (Macedo & Dimenstein, 2011; Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2015; Villela, Maftum, & Paes, 2013; Yasui, 2006).

Sales e Dimenstein (2009), em pesquisa realizada junto a psicólogos da rede CAPS do município de Natal investigaram a relação entre a formação acadêmica recebida pelos profissionais e as demandas de trabalho, assim como as atividades realizadas no cotidiano dos serviços. Os autores encontraram uma defasagem entre os conteúdos discutidos na graduação e a prática cotidiana dos profissionais, destacando a ausência de disciplinas relacionadas à saúde pública, Reforma Psiquiátrica e aos novos serviços substitutivos. Segundo eles, essa lacuna se reflete diretamente nas rotinas de trabalho, marcadas, muitas vezes, por práticas eminentemente individuais e descontextualizadas.

Outro estudo, conduzido por Mângia, Muramoto e Marques (2010), que investigou a inserção de egressos do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em serviços e/ou projetos de saúde mental no contexto do SUS, corrobora tais análises. De acordo com as autoras, embora o curso citado tenha adotado mudanças curriculares para atender às demandas trazidas pelo novo modelo assistencial, ainda existem defasagens no que tange aos campos da atenção básica, dependência química e alcoolismo, trabalho em equipe e gestão de serviços. Tais dificuldades se refletem na grande rotatividade de profissionais nos serviços substitutivos e no enfrentamento de conflitos teóricos e técnicos, que os profissionais tentam superar através da formação complementar.

Ainda nesse contexto, Silva, Esperidião, Cavalcante, Souza e Silva (2013), realizaram pesquisa junto a coordenadores de CAPS, no interior do estado de Goiás, investigando os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nestes serviços. Segundo os autores, a saúde mental ainda é abordada de maneira superficial durante a graduação, havendo pouca aproximação com os serviços substitutivos durante estágios e aulas práticas, o que se reflete na dificuldade, por parte dos profissionais, em trabalhar de maneira interdisciplinar e intersetorial. Como estratégias de qualificação de recursos humanos na área da saúde mental são apontadas: a adequação dos conteúdos curriculares nos cursos de graduação às demandas apresentadas pelos novos dispositivos de atenção; o investimento em educação permanente, incluindo as supervisões clínico-institucionais; e a qualificação dos próprios gestores, que apesar

de serem, em muitos casos, profissionais de saúde, não estão capacitados para atuar segundo a lógica da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.

Tendo em vista esta realidade, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental propôs a implantação de uma política de especialização, educação permanente, capacitação e investimento em projetos de pesquisa e metodologias voltadas à saúde mental (Ministério da Saúde, 2010). Assim, diversos programas, sob o incentivo do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação vêm sendo desenvolvidos, com o intuito de promover uma melhor articulação entre a formação profissional e a política assistencial, e consolidar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Ministério da Saúde, 2011).

Entre estes podem ser destacados: o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), voltado para a formação de pessoal em especialidades prioritárias, incluindo a saúde mental; o Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que inclui cursos de especialização e capacitação em saúde mental; e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que em articulação ao Programa de Educação Pelo Trabalho (PET-Saúde), vem desenvolvendo projetos associados a diferentes redes de atenção em saúde, incluindo a rede de atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Estudos apontam importantes impactos do Pró/PET-Saúde/ Redes de Atenção Psicossocial sobre a formação profissional em saúde mental, incluindo: a construção e aperfeiçoamento de uma lógica de atenção usuário-centrada, na medida em que permite aos estudantes aprender a fazer “com” e não “sobre” o paciente; a qualificação da assistência em saúde mental, favorecida não apenas pela ampliação de conhecimentos, mas pela experiência e contato com pessoas em sofrimento psíquico; a superação paulatina de estigmas sobre o paciente em sofrimento psíquico, oportunizada pela discussão e problematização de estereótipos acerca da loucura e pela aproximação às famílias e pessoas em sofrimento psíquico; a ampliação de uma lógica de trabalho interdisciplinar e em rede, favorecida pelo contato com diferentes serviços e entre estudantes e profissionais de diferentes áreas; e maior articulação ensino-serviço, com destaque para a possibilidade de troca de saberes e experiências entre estudantes e profissionais, os primeiros estimulando questionamentos acerca do próprio contexto e rotinas dos serviços e os

segundos contribuindo para uma transformação de saberes e práticas das instituições de ensino, em maior consonância às demandas e condições da rede (Conceição et al., 2015; Kemper, Martins, Monteiro, Pinto, & Walter, 2015; Rézio, Moro, Marcon, & Fortuna, 2015; Rosa et al., 2015; Santos, Portugal, Silva, Souza, & Abrahão, 2015).

No entanto, também são apontados desafios, incluindo: a necessidade de criação de dispositivos de cogestão para planejamento e execução das atividades propostas; a falta de profissionais na equipe com formação em saúde mental e o despreparo de algumas equipes para lidar com pessoas em sofrimento mental; a insuficiência de insumos materiais e dificuldade de desenvolver ações em áreas de periculosidade e difícil acesso; as demandas postas pelas urgências que se apresentam dentro dos serviços; e a presença de uma cultura de institucionalização, que ainda tende a centrar o trabalho nas unidades de saúde, ao invés do território (Conceição et al., 2015; Kemper et al., 2015; Rézio et al., 2015; Rosa et al., 2015; Santos et al., 2015).

Apesar das dificuldades postas por um processo que ainda se encontra em construção, experiências de integração ensino-serviço, como as desenvolvidas pelo Pró/PET-Saúde têm sido reconhecidas como estratégias privilegiadas para a reorientação da formação em saúde/saúde mental. Além de oportunizar o contato dos estudantes com as dinâmicas, desafios, conflitos e dificuldades dos serviços, elas também favorecem um processo de maior autoria, por parte dos estudantes, em seu processo formativo, colocando-os em contato com diferentes atores sociais, incluindo usuários, profissionais do serviço, docentes e comunidade (Albuquerque et al., 2008; Batista, Jansen, Assis, Senna, & Cury, 2015; Ferreira, Andrade, Fontes, Araújo, & Anjos, 2015).

Inspiradas por esta lógica, instituições de ensino superior vem desenvolvendo diferentes projetos e iniciativas, tomando por base a formação em serviço e a educação permanente, no intuito de proporcionar uma formação em saúde/saúde mental mais ampliada e afinada às necessidades dos serviços e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Otanari (2011) e Campos et al. (2012) investigaram uma experiência de formação em serviço em que foram analisados os efeitos de um programa específico na formação de residentes de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas e de residentes multiprofissionais em saúde mental da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O programa investigado, denominado de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) consiste em uma proposta de gestão compartilhada entre médico e paciente do tratamento medicamentoso, através de uma metodologia focada nas experiências do paciente e na abertura de espaços reflexivos, visando ao fortalecimento da autonomia do paciente. Os autores apontam que a experiência GAM produziu efeitos, principalmente, sobre a escuta clínica dos profissionais, influenciando seu modo de enxergar o paciente e tomar decisões sobre a medicação, através de maior abertura para as histórias de vida e experiências do paciente.

Outras pesquisas (Jesus & Araújo, 2011; Lima & Santos, 2012), envolvendo residências multiprofissionais em saúde mental da Universidade Federal da Bahia analisaram a participação dos residentes, enquanto desempenhavam o papel de facilitadores e cuidadores em oficinas e projetos de CAPS da cidade de Salvador. Os resultados revelaram que o processo de formação em serviço, associado à interação multiprofissional no trabalho, a momentos de tutoria e preceptoria e a um cuidado maior com a dimensão subjetiva dos residentes contribuíram para o refinamento de habilidades relacionadas à prática em saúde mental, assim como para maior reflexão, interação e problematização das práticas realizadas.

Considerando a importância de experiências, como as descritas anteriormente, que estimulem a criação de espaços de formação afinados aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, dos serviços substitutivos e que favoreçam o desenvolvimento de um olhar mais integral para a questão da saúde mental foi desenvolvido um programa na cidade de Ribeirão Preto, denominado Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), objeto do presente estudo, que vem atuando como estratégia de ampliação e diversificação dos programas de cuidado em saúde mental e também como espaço de formação profissional em saúde/saúde mental.

1.5 Grupo Comunitário de Saúde Mental

O Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) vem sendo desenvolvido desde 1997 no Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD-HC-FMRP-USP). Atualmente, o GCSM é realizado semanalmente no Hospital-Dia e em outros serviços de saúde e saúde mental. O trabalho grupal é desenvolvido no formato de rodas de conversa,

com duração em média de uma hora e trinta minutos, aberto à participação de qualquer pessoa interessada no cuidado à saúde mental (Ishara & Cardoso, 2013).

Inicialmente, um coordenador ou mais coordenadores introduzem a proposta de trabalho ao grupo, acolhendo e localizando os participantes em relação à tarefa grupal. Em seguida são apresentadas as etapas que compõem o processo de trabalho e que são estruturadas em três momentos: “Sarau” – que consiste em um exercício de reflexão e apropriação das vivências construídas através do contato com produções artísticas, literárias, jornalísticas e culturais, que podem ser compartilhadas pelos participantes com o grupo; “Relato das Experiências” – onde os participantes são convidados a compartilhar experiências pessoais e a realizar um exercício de aproximação, elaboração e aproveitamento dos acontecimentos cotidianos, seja através de seu próprio relato ou através da escuta do relato do outro; e “Elaboração do Trabalho Grupal” - onde se realiza um fechamento do trabalho, através de uma reflexão sobre as repercussões pessoais do que foi compartilhado e vivenciado no grupo, assim como uma reflexão sobre o processo grupal (Ishara & Cardoso, 2013).

O GCSM constitui um programa de cuidado à saúde mental, com propósitos educativos, terapêuticos e de promoção de saúde (Loureiro, 2013). São objetivos do programa: no plano individual - promover um exercício continuado de reflexão acerca das experiências cotidianas e de aprofundamento pessoal, associado a um trabalho de construção grupal; no plano coletivo - oferecer uma nova modalidade de cuidado em saúde mental, aberta à comunidade e pautada pela construção compartilhada de uma rede de cuidado, e diversificar e complementar os programas de saúde mental existentes (Ishara & Cardoso, 2013). Loureiro (2013) destaca ainda que, em relação ao ensino, o GCSM possui como objetivo colaborar no processo de formação de estudantes e de capacitação de profissionais da saúde mental, articulando as experiências pessoais e profissionais.

Desde a sua criação, o GCSM tem passado por um contínuo processo de aprimoramento, no que tange ao seu embasamento teórico-metodológico. Segundo Ishara e Cardoso (2013), inicialmente a proposta de trabalho apresentava uma ênfase na noção de tarefa e na perspectiva de aprendizagem e construção de novos papéis, centrando-se no compartilhamento de informações relacionadas à saúde mental e contando com a participação de usuários de serviços de saúde mental, familiares, profissionais e estudantes. Através de um processo de reflexão contínua

acerca da proposta, avaliações dos resultados clínicos, estudos da literatura e contribuições dos próprios participantes, foram sendo efetuadas modificações metodológicas no grupo, até chegar a sua configuração atual (Ishara & Cardoso, 2013).

Cardoso (2012) destaca a importância da inserção das contribuições da fenomenologia neste processo, incluindo a compreensão da pessoa humana e de seu caráter essencialmente comunitário, assim como da noção de experiência cotidiana. Como ressaltam Ishara e Cardoso (2013) “observou-se que a exposição de experiências facilitava a comunicação e a empatia, potencializando as trocas interpessoais e as possibilidades de aprendizagem. Os relatos possuíam a força afetiva inerente à vivência pessoal, diferenciando-se das orientações técnicas formais” (p. 23). Consoante a tais fundamentos, o GCSM, atualmente, direciona-se para a construção de espaços de convivência e compartilhamento de experiências cotidianas, relevantes para o desenvolvimento da saúde mental e do amadurecimento pessoal, em articulação constante a um trabalho grupal (Ishara & Cardoso, 2013; Loureiro, 2013).

O trabalho é desenvolvido com base em uma lógica de horizontalidade, que coloca todos os participantes em condições de serem protagonistas do processo de ajuda. Assim, os papéis tradicionais de “pessoa saudável e doente” são revistos, possibilitando a todos experimentarem a aprendizagem de novos papéis e se enxergar na condição de protagonistas, a partir da própria experiência (Ishara & Cardoso, 2013, p. 35). Desse modo, o trabalho afasta-se de um formato de grupo centrado nas queixas dos usuários e na relação paciente-terapeuta, para assumir uma multiplicidade de arranjos relacionais, em que o coordenador figura como mediador do grupo, compartilhando e vivenciando a proposta de trabalho, juntamente aos demais participantes (Rocha, 2015).

Hormanez, Loureiro, Cardoso e Ishara (2013), com base em uma abordagem qualitativa e Silva, Loureiro, Cardoso e Ishara (2013), utilizando um delineamento de pesquisa quantitativo, investigaram os fatores terapêuticos que agem nos encontros do GCSM, com base na classificação de fatores terapêuticos proposta por Vinogradov e Yalon. Foram identificados os seguintes fatores terapêuticos no GCSM: instilação de esperança; universalidade (compreendida como a percepção de que não se está sozinho em relação aos problemas pessoais); oferecimento de informações; altruísmo; desenvolvimento de técnicas de socialização;

comportamento imitativo; fatores existenciais (entendidos como as questões intrínsecas à existência humana, como morte, isolamento, liberdade e falta de significado); catarse (liberação de emoções); aprendizagem interpessoal; e coesão do grupo. Os autores destacam que os fatores terapêuticos observados no espaço do GCSM foram compartilhados por participantes com diferentes papéis sociais, incluindo usuários, estudantes, familiares e profissionais, o que reforça a noção de que o grupo constitui, antes de tudo, um espaço pessoal, que permite trocas interpessoais e a construção de novos sentidos em saúde mental, contribuindo para a desconstrução de estigmas e inclusão da pessoa em sofrimento psíquico.

Partindo de uma análise fenomenológica, Cardoso (2012) e Cardoso e Ishara (2013) descrevem a proposta do GCSM a partir de quatro vertentes básicas: atenção à experiência cotidiana; o valor intrínseco da pessoa humana; dimensão do encontro humano; e dimensão comunitária. A primeira vertente destaca o valor da experiência pessoal como fonte de conhecimento de si e da condição humana e a potencialidade das experiências cotidianas para promover o amadurecimento pessoal, através de um olhar atento para si mesmo e para o outro. A segunda vertente enfatiza a singularidade que constitui cada pessoa e o resgate da condição do ser humano como ser singular e único, ressaltando as condições fundantes do ser, sua estrutura e dimensão ontológica.

Na dimensão do encontro humano são destacados os atos empáticos como estruturas constitutivas do ser humano, que lhe permitem entrar em contato com o outro. Dessa forma, parte-se da concepção de que o eu é constituído na relação com o outro e de que o encontro com o outro promove processos de autoconhecimento e de autoavaliação. Por fim, a dimensão comunitária ressalta a potencialidade da comunidade como promotor de saúde mental. Dessa forma, o trabalho do GCSM parte da perspectiva de comunidade e enfatiza a noção de responsabilidade entre as pessoas, através da troca de afetos e cuidados (Cardoso, 2012; Cardoso & Ishara, 2013). Importante ressaltar que o termo “comunitário”, presente na denominação do grupo, não faz referência às propostas ligadas a práticas de saúde coletiva ou terapia comunitária, mas representa uma escolha desenvolvida pelo próprio grupo, que tem como fundamento epistemológico a concepção da dimensão comunitária como algo intrínseco à pessoa humana (Cardoso, 2012; Rocha, 2015).

Rocha (2015), a partir de uma perspectiva fenomenológica, buscou compreender o GCSM por meio do olhar de seus participantes e significados atribuídos por estes à atividade. A autora apresenta o GCSM, com base em quatro unidades de sentido: 1) “grupo e seu contexto generativo” – demarca a proposta com base em uma historicidade, revelando um movimento progressivo, em que ao mesmo tempo em que o GCSM procura se firmar como prática de cuidado, consoante aos princípios da Reforma Psiquiátrica é confrontado por alguns resquícios do modelo asilar, situando-se e enfrentando os desafios de um contexto mais amplo que busca consolidar o modelo de atenção psicossocial; 2) “grupo vivido como potencial terapêutico” – assume a característica de valorização da vida e da experiência cotidiana como instrumentos de cuidado, que distinguem o GCSM de outras modalidades grupais centradas na construção diagnóstica e no tratamento de doenças, reconhecendo o valor da experiência cotidiana como um fator terapêutico, que amplia as significações acerca da pessoa e do mundo; 3) “grupo como espaço de paradoxos” – destaca as dificuldades e dilemas presentes no programa GCSM, com destaque para o embate com algumas concepções e lógicas tradicionais, que circunscrevem as práticas grupais a um modelo de cuidado biomédico, com marcada assimetria entre profissionais e pacientes e foco na doença, chamando a atenção para a contribuição do grupo como espaço de problematização e ampliação das noções de atenção e cuidado em saúde mental; 4) “grupo como uma vivência estética” – ressalta o uso de elementos artísticos e culturais como recursos de cuidado, na medida em que os mesmos ampliam as possibilidades de simbolização e significação dos sujeitos.

Destaca-se que o Programa GCSM não se restringe a um dispositivo técnico, adotado em um serviço de saúde mental, mas representa uma proposta teórico-metodológica inovadora de grupo em saúde mental, em permanente construção, que busca proporcionar um modelo diferenciado de cuidado em saúde mental. Através do seu processo histórico, o GCSM vem se consolidando como espaço de cuidado, ensino e pesquisa. Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos em torno da proposta (Cardoso, 2012; Cardoso & Ishara, 2013; Crovador, 2012; Crovador, Cardoso & Ishara, 2013; Hormanez et al., 2013; Ishara & Cardoso, 2013; Loureiro, 2013; Rocha, 2015; Silva et al., 2013) e em 2013 foi lançado o livro “Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceito, delineamento metodológico e estudos”, que descreve detalhadamente a proposta, o embasamento teórico e os critérios

metodológicos que norteiam o trabalho (Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013a). Foi lançada também uma cartilha informativa (Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013b), que apresenta a proposta e a dinâmica do GCSM na forma de história em quadrinhos, veiculada em serviços de saúde mental em todo Brasil. O GCSM conta ainda com um site (www.grupocomunitario.com.br), e uma página no Facebook (www.facebook.com/grupocomunitariosm), onde são divulgadas notícias sobre os grupos, eventos e compartilhadas algumas das produções artísticas e culturais, apresentadas pelos participantes durante o grupo.

Além do grupo desenvolvido no contexto do Hospital-Dia, do HC-FMRP-USP, o trabalho tem se expandido também para outras localidades, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Espaço de Cultura e Extensão Universitária (ECEU), bem como para outras cidades. Nestes espaços, os encontros variam de mensais a trimestrais (Crovador, 2012). Além dos encontros regulares, é realizado anualmente o “Encontro Anual dos Grupos Comunitários de Saúde Mental”, que conta com a participação, em média, de trezentas pessoas, incluindo os participantes dos grupos regulares e de novos integrantes, inclusive pessoas de outras cidades. O encontro tem duração aproximada de quatro horas e representa um fechamento do trabalho desenvolvido ao longo do ano (Crovador, 2012; Ishara & Cardoso, 2013). Além disso, encontra-se em organização um curso de capacitação para formação de coordenadores, interessados em trabalhar com a proposta do GCSM. Desse modo, observa-se que o GCSM vem figurando como um importante programa de cuidado em saúde mental, na cidade de Ribeirão Preto, em permanente expansão para outros locais do país.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

---

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Diferentemente de outros setores da saúde, que se valem de modernas tecnologias e recursos sofisticados para desenvolver o cuidado, a saúde mental é uma área essencialmente “recursos humanos-dependente”, ou seja, a principal tecnologia utilizada é a própria pessoa do trabalhador (Poz et al., 2012, p. 632). Dessa forma, a atenção aos usuários e a organização do processo de trabalho perpassa, necessariamente, pelos recursos afetivos, posturas, habilidades e competências do profissional (Ishara, 2007; Oliveira, Leme, & Godoy, 2009; Poz et al., 2012). Portanto, quando se considera o processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental é fundamental considerar o papel ocupado pelos profissionais na expansão e consolidação desse novo modelo. Isso implica em preparar os profissionais para atuar dentro de uma lógica de integralidade do cuidado, desenvolvendo habilidades e competências coerentes aos novos dispositivos de atenção e um posicionamento permanentemente crítico perante os desafios e impasses colocados pela prática (Silva, Costa & Neves, 2010).

Assim, torna-se essencial promover uma maior aproximação entre ensino e serviço, oportunizando aos estudantes experimentarem novos olhares em direção ao adoecimento psíquico e entrarem em contato com as complexas relações institucionais, exercitando o manejo de atividades comunitárias e das redes sociais (Silva et al., 2010). Isso implica em reconhecer os estudantes como agentes da própria formação, incentivando o desenvolvimento da capacidade reflexiva, a apropriação de seus saberes e ações, bem como o compromisso permanente com a realidade (Loureiro, 2013).

Neste contexto, torna-se relevante compreender como se dá a formação, durante a aprendizagem do papel profissional em espaços como o do GCSM, que coloca os estudantes e profissionais em contato com uma lógica ampliada de cuidado, buscando favorecer a autonomia dos usuários, bem como estimular a capacidade reflexiva e a apropriação das próprias vivências, através do contato com os participantes do grupo. Assim, considerando a proposta inovadora do GCSM, que se encontra afinada ao modelo psicossocial e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, e que a temática da formação profissional, neste contexto, ainda não havia sido pesquisada pelos estudos realizados em torno do programa (Cardoso, 2012; Cardoso & Ishara, 2013; Crovador, 2012; Crovador, Cardoso & Ishara, 2013;

Hormanez et al., 2013; Ishara & Cardoso, 2013; Loureiro, 2013; Rocha, 2015; Silva et al., 2013), essa pesquisa foi desenvolvida no intuito de ampliar a compreensão a respeito da proposta de trabalho do Grupo Comunitário e visando, ainda, fornecer elementos para se pensar o desafio de como formar recursos humanos para atuar nos novos dispositivos de cuidado em saúde mental.

OBJETIVO

---

3 OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo compreender as experiências de estudantes e profissionais em processo de formação com o Programa Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) e os desdobramentos de sua apropriação no percurso de formação profissional em saúde/saúde mental.

MÉTODO

---

4 MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido com base em uma abordagem qualitativa de pesquisa, sendo esta compreendida como um processo construtivo-interpretativo, em que o pesquisador interage com o momento empírico para construir conhecimento. Nesse processo, a interpretação é entendida como uma construção permanente do pesquisador, que não parte de categorias universais, mas sim de uma compreensão singular do objeto de pesquisa, que, portanto, não o esgota, mas abre novas possibilidades de construção teórica acerca do mesmo (Gonzalez Rey, 2005).

Segundo Malterud (2011), os métodos qualitativos ancoram-se em uma compreensão da pesquisa, como um processo reflexivo e sistemático para o desenvolvimento do conhecimento. Desse modo, parte-se da noção de que o pesquisador carrega uma bagagem teórica, profissional e pessoal, permeada por crenças, preconceções e expectativas, que desempenham um efeito importante sobre o processo de construção do conhecimento. Contudo, isto não significa que a pesquisa qualitativa é menos sistemática, rigorosa ou válida do que a pesquisa quantitativa, mas sim que ela está permeada por outra lógica, sendo fundamental ao pesquisador que se situa neste campo, estar consciente de seu próprio efeito durante o processo de pesquisa e descrever de forma transparente e minuciosa o caminho percorrido, desde a fase de coleta dos dados até a análise de resultados, explicitando as diferentes escolhas ao longo do caminho.

Turato (2003) reforça ainda que os elementos básicos da análise qualitativa são as ideias e palavras, que visam à descrição, compreensão e interpretação partilhada. Na pesquisa qualitativa, destacam-se a concepção da natureza socialmente construída da realidade, a interação entre pesquisador e objeto de estudo e seu caráter interpretativo (Denzin & Lincoln, 2006). Dessa forma, a abordagem qualitativa foi escolhida por sua característica de valorização das singularidades de um dado fenômeno, possibilitando, assim, olhá-lo com base naquilo que lhe caracteriza como único, sem reduzi-lo ou enquadrá-lo em conceitos pré-definidos.

4.1 Considerações Éticas

Corroborar-se, neste estudo, com a proposição de Silva, Mendes e Nakamura (2012), de que a ética na pesquisa qualitativa constitui uma dimensão que vai além do cumprimento de ações protocolares e normativas, constituindo-se em exercício de permanente reflexão a ser empreendido pelo pesquisador acerca dos efeitos produzidos por suas escolhas e ações sobre todos aqueles que, de algum modo, direta ou indiretamente participam ou são afetados no decorrer do trajeto de construção da pesquisa. Dessa forma, o pesquisador se encontra implicado eticamente desde a escolha que realiza acerca do tema de pesquisa. No caso do presente estudo, aponta-se que tal escolha foi permeada pela experiência, vivida pela pesquisadora, em seu contato com o GCSM, do qual participou ativamente durante um período de três anos, antes de dar início ao desenvolvimento da pesquisa. Do encontro da pesquisadora com o GCSM, da experiência em primeira pessoa, com esta modalidade inovadora de grupo e das contribuições percebidas, em relação a essa vivência, para sua prática e formação profissional emergiu uma série de questionamentos acerca das repercussões de tal programa para a formação profissional em saúde/saúde mental, que foram fundamentais para a confecção do projeto de pesquisa, delineado com base no diálogo entre a experiência vivida no espaço do GCSM, a literatura já existente acerca da proposta e as proposições teóricas relativas à formação de recursos humanos em saúde/saúde mental.

O estudo proposto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para apreciação segundo a *Resolução n. 466* (2012), sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” e recebeu aprovação sob o número CAAE nº 42548815.3.0000.5407.2. Conforme destacado anteriormente, compreendendo-se que a questão ética em pesquisa não se encerra na dimensão protocolar, buscou-se ao longo do processo de organização, desenvolvimento, análise e redação da pesquisa manter um permanente exercício reflexivo, no intuito de questionar as implicações e repercussões das escolhas adotadas, em relação aos participantes, sempre tendo em vista uma relação de cuidado e respeito para com os mesmos.

Antes de dar início à coleta dos dados, a pesquisadora entrou em contato com o coordenador do GCSM, no âmbito do Hospital-Dia, para apresentar a pesquisa e esclarecer os propósitos da mesma. Após este contato e a anuência do

mesmo, deu-se início à observação dos encontros e abordagem e convite aos participantes da pesquisa. Nos dias acordados para a realização da entrevista, a pesquisadora esclarecia os participantes quanto aos seguintes aspectos: propósitos e objetivos da pesquisa; procedimentos adotados; possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o participante; e cuidados relativos ao sigilo, armazenamento e destinação dos dados coletados. Após a anuência verbal dos participantes era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para assinatura. Ao final da entrevista, a pesquisadora colocava-se à disposição para qualquer esclarecimento, ou outra necessidade que surgisse decorrente da participação na pesquisa, mantendo-se ainda em permanente contato com os participantes no espaço do GCSM do Hospital-dia, do qual continuou participando como observadora após o término da coleta de dados.

Destaca-se como cuidado ético essencial desta pesquisa, o exercício permanente que se procurou empreender, de aproximação, diálogo e escuta empática aos participantes, visando uma relação de maior liberdade, confiança e respeito aos mesmos. Nesse sentido, tanto no momento de realização das entrevistas, como na leitura e análise dos dados procurou-se compreender, respeitar e ser fiel aos posicionamentos, percepções e concepções singulares manifestadas pelos participantes, atentando-se ao mesmo tempo, para o papel ocupado pela pesquisadora no processo de produção da pesquisa, cujo produto é sempre resultado da interrelação entre ambos. Finalmente, está prevista a devolutiva para o serviço e os participantes, visando compartilhar com os mesmos os resultados e conclusões da pesquisa.

4.2 Contexto do Estudo

O contexto desta pesquisa foi o Hospital-Dia (HD) de Ribeirão Preto, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Este serviço está inserido na rede pública de atendimento à saúde mental do referido município e atende, em média, 16 pacientes em regime de semi-internação, que permanecem no hospital durante cerca de oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, retornando ao ambiente familiar nos demais períodos. Trata-se de um Hospital Universitário que tem como um de seus compromissos a capacitação de futuros profissionais em saúde mental, contribuindo para a formação de

profissionais, residentes de psiquiatria, aprimorandos e estagiários de psicologia, assistência social, terapia ocupacional, enfermagem e educação física (Lorenzi et al., 2012).

O HD é caracterizado por um modelo de atendimento intensivo e multidisciplinar, com ênfase nos aspectos psicossociais. O hospital atende pacientes acometidos por graves sofrimentos psíquicos e procura incluir também os familiares no processo de tratamento (Lorenzi et al., 2012). A escolha do HD como contexto de estudo deu-se em função do mesmo representar o local onde se iniciou o Programa GCSM, que se encontra sistematizado e consolidado neste espaço, assim como por acolher estudantes e profissionais em processo de formação em saúde mental, que desenvolvem diferentes atividades dentro deste serviço.

4.3 Participantes

Participaram deste estudo estudantes e profissionais em processo de formação, incluindo graduandos, residentes e aprimorandos na área da saúde/saúde mental que frequentaram o GCSM, no contexto do HD, no período de coleta dos dados. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: 1) Possuir 18 anos completos ou mais; 2) Ter frequentado o GCSM por no mínimo cinco encontros, possuindo assim, certo grau de conhecimento da proposta. Foram entrevistados estudantes das áreas de Enfermagem (três graduandos), Terapia Ocupacional (um graduando) e Fisioterapia (um graduando); e profissionais em formação das áreas de Psicologia (um aprimorando de Saúde Mental/Psicologia), Medicina (oito residentes de Psiquiatria) e Serviço Social (uma aprimoranda de Serviço Social/Psiquiatria), totalizando 15 participantes.

Cabe ressaltar, segundo informações colhidas junto ao serviço, que o GCSM faz parte das atividades rotineiras do HD e que nesse contexto, geralmente, todos os estudantes e profissionais em formação são convidados a participar dessa modalidade de cuidado à saúde mental. No caso dos participantes dessa pesquisa, o contato com o programa se deu por meio de atividades da graduação ou especialização profissional, incluindo: residência médica em Psiquiatria, programas de aperfeiçoamento (Saúde Mental; Serviço Social/Psiquiatria), estágios vinculados aos cursos de graduação de Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional (estágio em saúde mental; PET-Saúde; Programa Aprender com Cultura e

Extensão) e atividades ligadas à pesquisa científica. Vinculados a tais atividades, os estudantes e profissionais em formação apresentam um tempo variável de participação no espaço do GCSM, que pode se estender conforme interesse dos mesmos.

O quadro abaixo apresenta a identificação dos estudantes e profissionais em formação entrevistados quanto à idade, estado civil, profissão, formação acadêmica e tempo de participação no GCSM. Importante ressaltar que os nomes utilizados neste estudo são fictícios, visando preservar a identidade dos participantes.

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	FORMAÇÃO ACADÊMICA / PERÍODO	TEMPO PARTICIPAÇÃO GCSM
Daniela	24	Solteira	Médica	Residência Médica em Psiquiatria/ 1º ano (R1)	3 meses
Miguel	28	Solteiro	Médico	Residência Médica em Psiquiatria/ 1º ano (R1)	3 meses
Roberta	26	Solteira	Médica	Residência Médica em Psiquiatria/ 2º ano (R2)	4 meses
Rodrigo	27	Solteiro	Médico	Residência Médica em Psiquiatria/ 2º ano (R2)	4 meses
Paulo	28	Solteiro	Médico	Residência Médica em Psiquiatria/ 2º ano (R2)	4 meses
Clara	28	Solteira	Médica	Residência Médica em Psiquiatria/ 3º ano (R3)	1 ano
Jorge	26	Solteiro	Médico	Residência Médica em Psiquiatria/ 3º ano (R3)	2 anos
Antônio	30	Solteiro	Médico	Residência Médica em Psiquiatria/ 3º ano (R3)	7 meses
Ester	18	Solteira	Estudante	Graduação em Enfermagem/ 1º ano	2 meses
Natália	24	Divorciada	Estudante	Graduação em Enfermagem/ 4º ano	3 meses
Luana	24	Solteira	Estudante	Graduação em Enfermagem/ 4º ano	3 meses
Letícia	31	Solteira	Estudante	Graduação em Terapia Ocupacional/ 1º ano	5 meses
Gabriel	26	Solteiro	Estudante	Graduação em Fisioterapia/ 4º ano	6 meses
Jaqueline	25	Casada	Assistente Social	Aprimoramento em Serviço Social/ Psiquiatria/ 1º ano	6 meses
João	24	Solteiro	Psicólogo	Aprimoramento em Saúde Mental/ Psicologia/ 2º ano	5 meses

Quadro 1. Descrição dos estudantes e profissionais entrevistados de acordo com idade, estado civil, profissão, formação acadêmica e tempo de participação no GCSM

4.4 Constituição do *Corpus*

4.4.1 Instrumentos

O *corpus* do estudo foi constituído por dois instrumentos:

A) Entrevista aberta – A entrevista aberta permite aos participantes exporem suas vivências e falarem livremente, segundo seu tempo. Este formato de entrevista foi escolhido, considerando que o mesmo oportuniza ao pesquisador caminhar pelo discurso do sujeito, acompanhando juntamente com este, os significados que vão emergindo, sem estar fechado em uma lógica causal (Macêdo & Caldas, 2011). Assim, foram realizadas entrevistas abertas e individuais, partindo da seguinte questão disparadora: “Fale-me sobre a sua experiência no GCSM”. Os participantes foram convidados a falar da temática proposta, dispondo do tempo que julgassem necessário para tanto. Visando contemplar os objetivos da presente pesquisa foram introduzidos alguns temas, na medida em que transcorria a entrevista, conforme a necessidade. Estes temas incluíram: modelos de formação recebidos anteriormente pelos entrevistados; compreensão acerca da proposta do GCSM; repercussões percebidas em relação à experiência vivida no GCSM para sua formação.

B) Observação participante - Compreendida como a inserção do pesquisador no contexto de estudo, no intuito de interagir e compartilhar o cotidiano dos sujeitos, aproximando-se assim de sua realidade (Minayo, 2004). Durante o período de coleta dos dados, entre os meses de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, a pesquisadora participou dos encontros do GCSM, realizados no contexto do Hospital-Dia, às terças-feiras, das 8h 30min às 10h. As observações foram seguidas por anotações em diários de campo, realizadas posteriormente aos encontros do GCSM. Assim, foram anotadas verbalizações, comentários, interações e posicionamentos dos entrevistados ao longo dos encontros do GCSM, observados pela pesquisadora, assim como as impressões da mesma diante do espaço e dinâmica grupal. Tais observações tiveram como objetivo, em primeiro lugar, proporcionar a imersão da pesquisadora no contexto de estudo, uma vez que a mesma frequentou o GCSM na condição de participante e pôde vivenciar diretamente a atividade. Em segundo lugar, as observações participantes foram adotadas como contextualização aos dados obtidos por meio das entrevistas, de modo a ampliar a compreensão acerca das experiências relatadas pelos participantes. Neste sentido, a observação

participante foi utilizada de forma indireta, como registro das atividades da pesquisadora e instrumento de reflexão e apoio para a análise do *corpus*.

4.4.2 Procedimentos

O período de coleta dos dados compreendeu os meses de agosto de 2015 a fevereiro de 2016. Com base nos critérios de inclusão, descritos anteriormente, o convite aos participantes foi realizado de forma individual, sempre ao final dos encontros do GCSM, no espaço do HD. A participação daqueles que concordaram em integrar o estudo se deu através de uma entrevista aberta, com duração aproximada de sessenta minutos, realizada em salas do HD, do setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ou da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, conforme a disponibilidade dos entrevistados. Na ocasião da entrevista, foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia do mesmo com o participante e a outra com a pesquisadora. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra, com o consentimento dos participantes.

4.5 Percurso de Análise do *Corpus*

A análise do *corpus* foi realizada com base no método de Análise de Conteúdo Temática, conforme proposto por Bardin (1977/2011). Este método consiste em um “conjunto de técnicas de análise da comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao modo como tais mensagens foram produzidas, transmitidas e recebidas” (p.48). O processo de Análise de Conteúdo Temática é composto por três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A *pré-análise* consiste na leitura flutuante de todo o corpus, visando um contato exaustivo com o material e o reconhecimento das ideias principais e significados gerais. Portanto, esta fase é marcada pela interação significativa entre o pesquisador e o material, pois o primeiro faz escolhas, seleciona elementos de todo o material e formula algumas hipóteses, com base nos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na etapa seguinte, *exploração do*

material, é realizada a codificação do material pesquisado, através de recortes, agregação e enumeração, empreendendo-se um processo de transformação dos dados através da apropriação da riqueza de informações contidas no material, de modo a se atingir uma representação do conteúdo, que esclareça as características essenciais do texto (Bardin, 1977/2011).

Por fim, a última etapa, *tratamento dos resultados e interpretação*, consiste na categorização dos resultados brutos, através da formulação de categorias válidas e significativas. Nesta etapa constroem-se inferências com base nos recortes e agrupamentos elaborados, empreendendo-se também uma revisão e teorização das categorias de análise, a partir do diálogo com referências teóricas (Bardin, 1977/2011) que, no caso dessa pesquisa, abarcou teóricos que se debruçam sobre a questão da formação profissional em saúde/saúde mental, bem como autores da saúde coletiva e saúde mental.

O quadro abaixo expõe a organização dos recursos gráficos utilizados na descrição dos trechos das entrevistas.

RECURSO GRÁFICO	ELEMENTO CORRESPONDENTE
[...]	Supressão de parte do relato feita pela pesquisadora.
...	Pausa do entrevistado no relato.
( )	Inserção de explicação da pesquisadora sobre contexto.
‘ ’	Ênfase dada pelo entrevistado, indicando reflexão ou questionamento.

Quadro 2. Recursos gráficos utilizados na descrição dos trechos das entrevistas e seus significados

5 ANÁLISE DO CORPUS

A partir da análise do *corpus* foram construídas cinco categorias temáticas, que podem ser visualizadas no quadro a seguir.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUBITENS
5.1 A formação em saúde/saúde mental	5.1.1 Experiências na graduação em saúde 5.1.2 Experiências em saúde mental	
5.2 Primeiros Contatos com o GCSM: um novo modelo		
5.3 O GCSM sob a perspectiva de estudantes e profissionais em formação: a horizontalidade em questão	5.3.1 A questão do lugar profissional no GCSM	5.3.1.1 Dúvidas acerca do lugar 5.3.1.2 A cisão pessoa/profissional 5.3.1.3 Experimentando novos lugares
	5.3.2 A horizontalidade das relações no espaço do GCSM	5.3.2.1 A condição humana como fator de proximidade: relações de reciprocidade e troca 5.3.2.2 Ruptura com um modelo idealizado de profissional
5.4 Ampliando olhares acerca da pessoa em sofrimento psíquico: da doença à potência		
5.5 O GCSM como experiência formativa	5.5.1 Repercussões na dimensão pessoal	
	5.5.2 Repercussões na dimensão profissional	

Quadro 3. Categorias temáticas e subcategorias correspondentes

A seguir serão descritas as categorias e suas subcategorias correspondentes.

5.1 A formação em saúde/saúde mental

Esta categoria apresenta experiências de formação em saúde/saúde mental, relatadas pelos estudantes e profissionais entrevistados e vividas tanto na graduação, como na especialização profissional. Visa apresentar o contexto de formação dos participantes, no qual se encontra inserida sua experiência com o GCSM. Foi dividida em duas subcategorias, incluindo: *Experiências na graduação em saúde*; *Experiências em saúde mental*.

5.1.1 Experiências na graduação em saúde

Os entrevistados descreveram algumas características de sua formação na graduação, como é possível observar nos depoimentos a seguir.

“É um modelo meio que militar assim. Eu acho que é uma formação extremamente eficiente, é muito boa de conteúdos, assim, excepcionais, diferenciada nesse sentido, não só nesse sentido, mas no sentido de postura e, conseqüentemente, por ela acreditar que uma postura mais rígida passa seriedade e que isso é o correto, eu sinto que impõe um pouco um regime militar, assim, um distanciamento do paciente. Então, acaba que ‘ser humano’, chorar com o paciente é visto como falha, como fraqueza e não como terapêutico”.

(Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“Durante a graduação a gente, em vários momentos, tem isso reforçado, que a gente não pode entrar em contato com o que a gente sente e tal, porque as profissões da saúde são de muito sofrimento e a gente acaba convivendo muito com o sofrimento do paciente e, em vários momentos, a gente é até estimulado a se afastar disso [...] Durante o curso, a gente convive com pacientes de diversas patologias e diversas situações clínicas, né, e a gente, grande parte dos docentes e durante grande parte da formação, a gente é incentivado a se afastar, justamente. Muitas vezes, muitas pessoas até são punidos, quando, por exemplo, demonstra tristeza ou algo assim, durante um estágio. [...] de professor falar, por exemplo, que a gente tem que saber lidar e que não pode se abalar com as coisas, isso várias vezes. Pra mim não faz sentido. Eu acho que a gente fala tanto da humanização, né, do serviço de saúde, dos profissionais e, pra mim, isso de você não demonstrar emoção ou evitar entrar em contato com o que você tá sentindo, pra mim é o processo contrário, assim, é a desumanização do profissional e eu sempre achei errado, mas, por outro lado, a gente como aluno, muitas vezes, tem que acatar o que o professor fala, apesar de achar o contrário, eu ouvi muitas vezes esse tipo de coisa assim”.

(Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“[...] essa coisa de que assistente social não chora, assistente social precisa ser forte, acho que é uma coisa que a gente escuta bastante na graduação e até mesmo em alguns estágios, assim, ‘ah, você fica muito emocionada’, ou algum usuário ou o paciente te traz uma história muito triste, muito comovente e você se envolve com aquela história e chora e aí, algumas vezes, eu escutei essa ressalva ‘olha, não é bom ficar chorando, você vai ficar muito exposta’, ou o assistente social tem muito

medo de cair nessa, na mítica da assistente social boazinha e caridosa. Então, ele tem sempre essa coisa de um profissional mais firme, mais ponderado, assim, pra não cair muito nesse estereótipo. Então, isso é uma coisa que a gente vê muito, escuta muito na formação. [...] eu me sentia muito esquisita porque não é uma coisa que eu consigo fazer. Eu sentia muito desconforto, porque eu sempre fui muito de me emocionar, assim, sempre, de ouvir histórias. Eu estagiei em CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), nos bairros, então a gente acompanhava algumas famílias e sempre tinham algumas histórias que me emocionavam muito [...] e isso me gerava um incômodo de, às vezes, segurar a emoção, segurar aquilo que tava acontecendo comigo naquele momento e depois me sentia culpada por isso, ‘nossa, mas eu não fui uma boa profissional, eu devia ter acolhido mais’.

(Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

“Ah, era muito, realmente, ali, centrado no conhecimento teórico e focado na coisa de diagnóstico, tratamento. Às vezes, não tinha muito espaço pra cuidar mesmo do seu próprio afeto, porque eu acho que isso tudo reflete no grau de intimidade que você vai ter com as pessoas, mesmo no dia-a-dia, eu acho que isso tudo afeta o trabalho em equipe, o trabalho com o paciente, então, às vezes, acontecia um distanciamento muito grande, às vezes, isso era até estimulado, você se distanciar, que você visse a pessoa ali nos sinais e sintomas [...]. Então, às vezes, eu ficava incomodado, né, de que tem algo estranho aqui, né, nessa distância, parecia que tinha um abismo. Então, aquilo me incomodava e eu, às vezes, até queria me comportar de uma forma diferente, mas eu não sabia direito como”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Natália qualifica a formação que tem recebido durante a graduação como “militar”, por estar marcada pela eficiência, rigidez e distanciamento. Nesse sentido, ela aponta que a expressão dos sentimentos “*é visto como falha, como fraqueza*” [sic]. Luana também descreve que o distanciamento afetivo é muitas vezes incentivado em seu curso, tendo em vista que “*as profissões da saúde são de muito sofrimento e a gente acaba convivendo muito com o sofrimento do paciente*” [sic]. De forma semelhante, Jorge aponta uma ausência de espaço, em sua formação, “*pra cuidar mesmo do seu próprio afeto*” [sic] e uma ênfase nos sinais e sintomas do paciente. É possível observar, a partir dos relatos, que a expressão de afetos foi referida como falha ou fraqueza, e ainda que o distanciamento afetivo é reconhecido como um mecanismo de proteção, necessário ao profissional de saúde para lidar com o sofrimento e a dor do outro.

Os entrevistados relataram situações, vividas durante estágios, em que a demonstração de afeto diante do paciente foi avaliada negativamente e acompanhada de correções, como: “*a gente tem que saber lidar e que não pode se abalar com as coisas*” [sic], conforme aponta Luana, ou “*assistente social não chora, assistente social precisa ser forte*” [sic], de acordo com Jaqueline. Por outro lado, eles destacaram um incômodo diante deste processo de distanciamento emocional,

assim como uma dúvida a respeito da adequação de sua própria conduta profissional, como revela Jaqueline: *“depois me sentia culpada por isso, ‘nossa, mas eu não fui uma boa profissional, eu devia ter acolhido mais’” [sic]* e Jorge: *“às vezes, até queria me comportar de uma forma diferente, mas eu não sabia direito como” [sic]*. Desse modo, percebe-se um desejo de maior proximidade em relação ao outro, assim como uma incerteza sobre a possibilidade de ter um posicionamento diferente, considerando sua condição de aprendizes, sob orientação de docentes, apontando também para uma hierarquização na relação professor-aluno, pois, na opinião de Luana: *“a gente como aluno, muitas vezes, tem que acatar o que o professor fala, apesar de achar o contrário” [sic]*.

Nesse sentido, o caso relatado abaixo por Jorge, vivido durante uma situação de estágio na graduação em medicina é ilustrativo desse incômodo diante de um distanciamento emocional em relação ao outro e a uma ausência de espaço na relação professor-aluno para discutir tais aspectos.

“[...] uma vez eu tinha uma mãe de um paciente meu, ele tinha acho que menos de um ano e ele tinha paralisia cerebral e ele praticamente não tinha quase nada de cérebro, né, o pouquinho que ele tinha era muito pouco, acho que não dava pra ele capacidades, assim dele sorrir, dele ter um contato com a mãe, na minha cabeça, né, e aí eu lembro de ver muito aquilo assim, o tanto que a mãe se dedicava e tava lá cuidando do filho e o prognóstico do bebê era chegar no máximo, sei lá, dois anos. E ela se dedicava, assim, e eu via que cada dia que o filho dela tava vivo era pra ela uma vitória. E ela vinha e me pedia todo dia pra cuidar dele e me pedia aquilo e se ele vomitava ela ficava muito preocupada, sendo que eu pensava se ele tem vômito agora, ele vai ter vômito depois, porque ele não tem coordenação, tipo eu ficava pensando assim ‘nossa, coitado dele e coitado dela porque não tem...’ e não conseguia ver esse outro lado de que cada dia pra ela tava sendo uma vitória, né, de que ela queria aproveitar ao máximo o tempo que ela tivesse com o filho dela. E eu via a dedicação dela, o quanto que ela se emocionava com pequenas coisas que eram interpretadas que ele fazia, né, achava que ele sorria, ficava feliz e eu pensava assim ‘gente, eu não consigo sentir isso que ela tá sentindo, então deve ter alguma coisa que tá, que tá faltando’ e aí, eu acho que, às vezes, ela percebia isso, né, porque ela uma vez falou, tipo assim ‘ah doutor, eu sei que vocês acham, que vocês não acreditam que meu filho sorri pra mim, alguma coisa assim, mas eu acho que sim, eu acho que ele tá comigo’ e ela me falou e eu lembro de eu dizer, ‘não, o importante é que você tá perto dele e tudo’, mas, aquilo muito eu falei mais do que senti. Daí hoje, eu consigo olhar pra isso e ver que aquele incômodo era de algo realmente que tava faltando e me distanciava dela, até de entender o próprio sofrimento dela e de talvez dá uma ajuda pra ela, né, de tá ali junto, de talvez até, assim, eu não conseguia entender o lado dela e talvez ela não tivesse entendendo o nosso lado, porque também ficava assim, de que ela não tava entrando em contato com a real situação do filho dela, porque era muito difícil pra ela entender que o filho dela não tinha muito, assim, o que desenvolver, porque tinha paralisia cerebral grave. Então, assim, ele só mamava, dormia, acordava e chorava, era isso, só que pra ela aquilo já era muito, mas aí também ela não via que talvez ela tivesse que começar a pensar que o bebê dela realmente não tinha

muitas das esperanças que ela tinha, mas também da nossa parte de que, às vezes, a gente terminava não entendendo que tava fazendo nosso trabalho, né, que um dia mais que ele tava bem, pra ficar do lado dela, ela já tava muito satisfeita. Eu ficava pensando assim, ‘mas o que que a gente tá fazendo por esse bebezinho? Eu não tô fazendo nada, ele só tá aqui, dorme, acorda e mama’. Então, pra mim aquilo era pouco, pra ela aquilo era muito. Então, assim, às vezes, eu tava distante, não conseguia ver o lado dela e que talvez, se eu tivesse mais ali em contato, podendo me surpreender com a visão dela do próprio filho, eu pudesse ver ele de uma forma diferente e ficar até, às vezes, mais satisfeito com meu trabalho e poder ficar mais próximo dela. Talvez se eu tivesse ficado mais próximo dela, ela aos poucos pudesse ir entrando em contato ali com a dor de ter um filho que não ia viver muito, com um filho que não ia se desenvolver, que não ia falar, que é algo muito duro, né. [...] no fim das contas o que eu discutia com meu supervisor era meio ali só a doença. O resto do que tava acontecendo, esse incômodo que eu gerava, a tristeza que eu ficava ou essa atitude da mãe, isso não era assunto e tava acontecendo e se acontecia com ela, acontecia com os outros, tá acontecendo o tempo inteiro. A gente só não dá atenção pra isso”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Jorge relata uma dificuldade de se aproximar e compreender a vivência da mãe de seu paciente com paralisia cerebral e diante disto surge o incômodo: “*eu pensava assim ‘gente, eu não consigo sentir isso que ela tá sentindo, então deve ter alguma coisa que tá, que tá faltando’*” [sic]. Destaca ainda um sentimento de impotência diante desta situação, interrogando: “*mas o que que a gente tá fazendo por esse bebezinho? Eu não tô fazendo nada, ele só tá aqui, dorme, acorda e mama*” [sic]. Ao mesmo tempo, descreve uma ausência de espaço na relação professor-aluno para a discussão dos aspectos emocionais envolvendo o caso: “*[...] no fim das contas o que eu discutia com meu supervisor era meio ali só a doença. O resto do que tava acontecendo, esse incômodo que eu gerava, a tristeza que eu ficava ou essa atitude da mãe, isso não era assunto*” [sic].

Esse depoimento revela uma formação que, na percepção do entrevistado, não valoriza as emoções do estudante, que emergem em seu contato com o sofrimento do outro, centrando-se na dimensão técnica do aprendizado e na dimensão biológica do adoecimento. Ressalta-se que no momento da entrevista, estando já em outra etapa de seu processo formativo, Jorge é capaz de olhar para esta situação, vivenciada em sua graduação e ampliar sua compreensão, refletindo acerca de outras condutas que poderia ter tido diante do caso, conforme aponta: “*talvez, se eu tivesse mais ali em contato, podendo me surpreender com a visão dela do próprio filho, eu pudesse ver ele de uma forma diferente e ficar até, às vezes, mais satisfeito com meu trabalho e poder ficar mais próximo dela*” [sic].

Outra característica da formação, recebida na graduação, descrita pelos entrevistados foi a centralidade do profissional e a sua autoridade no processo saúde-doença, como aponta o relato a seguir.

“É um modelo médico, bem estruturado em medicação, estruturado em que o médico tem que, o médico que orienta o paciente, o médico que prescreve a medicação, que prescreve o tratamento e o paciente tem que seguir o tratamento, tem que obedecer, tem que seguir as orientações. E é basicamente essa a formação, de você que é o papel ativo ali, né, você que vai curar o paciente. É uma responsabilidade que meio que acaba sendo sua. Essa era a ideia que eu tinha de que toda ajuda, todo o pólo positivo da relação tava aqui e o paciente, pra melhorar teria que seguir o que a gente faz, seguir o tratamento, algum procedimento ou alguma medicação ou o que foi feito assim. [...] Eu acho que na graduação é basicamente esse modelo que você aprende, é: estudar, saber tudo, que se você souber tudo, você consegue curar a outra pessoa. Não assim desse jeito, mas no dia-a-dia é basicamente isto, estuda, aprende como funcionam as coisas que você consegue curar. Lógico, tem alguns casos que pra você se sentir bem, né: o seu paciente morre, ‘ah, é culpa dele’, ele não seguiu o tratamento ou é culpa da doença, que evoluiu, mas você conseguiu fazer a sua parte. Eu acho que não tem como fugir, porque a distribuição de recursos fica muito, não sei se é mais desprotegido pro médico não ter o controle da relação, sabe. Eu acho que é uma proteção pra gente na graduação, pro nosso jeito de ser, receber o controle de tudo. É muito mais fácil você ter o controle do que você conseguir ver que o paciente tem os potenciais dele. Eu acho que fica muito mais fácil você ver que você é o médico, que você cura, que saber que você tá perto do paciente. [...] Acho que a medicina te traz isso, ‘ah, é o paciente que tem algo ruim, que tá sofrendo. Eu não, eu tô bem, eu tenho a cura, eu prescrevo, eu tenho tudo aqui’. Aí, você se distancia e você consegue salvar, se eu ficasse muito mexido, acho que eu não conseguiria me formar. Eu passaria por áreas que eu não conseguiria, pra mim. Então é uma proteção”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Miguel descreve um modelo de formação, que parte da concepção de que os conhecimentos, recursos e potenciais de ajuda estão concentrados na mão do profissional, enquanto ao paciente cabe seguir as prescrições deste, visando sua melhora. Na fala do residente, percebe-se certa idealização do profissional de saúde, quando ele afirma: *“você que é o papel ativo ali né, você que vai curar o paciente” [sic]*, bem como uma percepção dicotômica da situação, ou seja, o médico “são”, “potente” e “positivo” e o paciente “doente”, “incapaz” e “negativo”. Por outro lado, o distanciamento do paciente, associado a uma noção onipotente do profissional-médico, diante do adoecimento e da morte, parece ser vivido como uma forma de proteção ao profissional, diante de situações de sofrimento muito intenso, conforme relata Miguel: *“O seu paciente morre, ‘ah, é culpa dele’, ele não seguiu o tratamento ou é culpa da doença, que evoluiu, mas você conseguiu fazer a sua parte” [sic]*.

Nesse sentido, essa postura é percebida como um “mal necessário” para a formação e não como uma escolha por parte do estudante, pois segundo Miguel “se eu ficasse muito mexido, acho que eu não conseguiria me formar. Eu passaria por áreas que eu não conseguiria” [sic]. Vale ressaltar que Miguel não problematiza outras possibilidades de ajuda, que poderia ter ou receber para que pudesse enfrentar o sofrimento diante de vivências humanas, como a morte, ampliando os sentidos e estratégias de enfrentamento, diante das mesmas.

5.1.2 Experiências em saúde mental

Alguns entrevistados relataram um contato superficial com a área da saúde mental durante a graduação.

“Na graduação a gente não tem nenhuma disciplina específica sobre saúde mental, não tem. A gente lê alguns textos, alguma outra coisa pra ter uma noção, mas é bem generalista, não tem. [...] é engraçado porque a saúde, ela é o segundo campo que mais absorve assistentes sociais, mas a gente estuda mais a legislação, as leis, o SUS, a gente estuda coisa bem assim. A gente não afunila pra saúde mental. Então a gente vê alguma coisa que o aluno fica mais interessado e busca alguns textos. [...] A gente não tem estágio. É muito raro alguém fazer estágio na saúde mental”.

(Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

Gabriel: “Eu tenho um pouco (de saúde mental) na saúde do idoso, a gente fala um pouquinho de demência, saúde mental, mas muito pouco assim, nem se compara”.

Bruna: “Na sua graduação, você tem a possibilidade de fazer estágio em saúde mental ou não existe?”.

Gabriel: “Não, lá a gente tem definido já, quais são as áreas, que é respiratória, neuro, ortopedia, saúde do trabalhador, saúde do idoso, que é geriatria, saúde da mulher, que é mastectomia, essas coisas assim, mas saúde mental não há, mas assim, chega pra gente pacientes com demência e aí que é legal, porque a gente não sabe lidar [...] a pessoa chega lá com demência, variando e tal e se você souber abordar isso de uma forma legal, o seu tratamento é muito efetivo, mas se você não sabe abordar, se você não sabe nem do que se trata a coisa, não tem como você fazer nada, é inviável”.

(Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

Jaqueline caracteriza sua formação em serviço social como “generalista”, destacando que não teve nenhuma disciplina específica ou oportunidade de estágio na área da saúde mental, durante a graduação, ficando a critério do aluno se aprofundar na temática. Da mesma forma, Gabriel descreve um contato pontual com a saúde mental na graduação em fisioterapia. Porém, assinala a presença de transtornos mentais em pacientes atendidos durante os estágios, chamando a atenção para o despreparo dos estudantes no cuidado destes casos, visto que, em

suas palavras: “se você não sabe abordar, se você não sabe nem do que se trata a coisa, não tem como você fazer nada, é inviável” [sic].

De modo semelhante, os depoimentos a seguir revelam o despreparo em relação à área da saúde mental, cujos efeitos são sentidos no momento em que os profissionais iniciam suas atividades na especialização profissional.

“[...] no começo (da residência médica em Psiquiatria) foi muito complicado assim, porque na verdade a ideia que eu tinha não é nada da ideia do que é. A gente tem uma ideia de que o psiquiatra é como se fosse, sei lá, que o médico, que é a ideia que acho que é vendida pra gente na faculdade, né, de um médico biológico, técnico. Então, assim, ah, você tem pressão alta, você vai lá e dá o remédio pra pressão, você tem diabetes, você vai lá, você tem esquizofrenia, você vai lá e dá um antipsicótico. Sabe, essa coisa assim, você faz um diagnóstico e você dá um remédio, remédio assim, não tô dizendo só o medicamento, você tem um diagnóstico e você tem um tratamento. E aí, na hora que eu entrei na Psiquiatria eu vi que isso ia por água abaixo, né, porque não é assim. Primeiro que pra você fazer um diagnóstico, você tem que ter uma compreensão muito ampla, tanto de outras áreas, quanto do próprio paciente, da história dele, da evolução dele. Às vezes, num corte transversal o paciente parece uma coisa, parece uma coisa, assim, no sentido de um diagnóstico, mas depois de um tempo você vai ver e não é nada daquilo e aí você tem que mudar, né, toda sua proposta terapêutica. E mais, né, é uma área em que você precisa ser muito humano, porque eu acho que você empresta, às vezes, sua mente, pra que a outra pessoa traga coisas pra você e você consiga dar um bem-estar pra ela, devolver esse bem-estar, tanto na forma de medicamento, quanto de outras formas, né, terapias, grupos, social, porque é complexo, né, o adoecimento em saúde mental. Na verdade, todo adoecimento é complexo, mas em saúde mental ainda mais [...]”.

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“[...] no meu R1 (primeiro ano de residência médica em Psiquiatria) eu não conseguia ter esse discernimento pra entender o que que tava acontecendo, porque pra mim eu tava aprendendo tudo, entende, então tudo pra mim era referência, né, e eu acabava ficando meio perdido, né, tem que aprender como agir, né, como trabalhar, você tá aprendendo o que que é Psiquiatria, você tá aprendendo o que é psicoterapia, o que que é trabalho numa semi-internação, né. Você não sabe nada, você chega totalmente cru, e o trabalho em saúde mental, ele é completamente diferente de um trabalho como médico, o tipo de relação que a gente estabelece com o paciente, pelo menos dentro do que a gente é formado, do que você tem culturalmente, dentro da cultura médica é... é diferente do tipo de vínculo que você tem com o paciente em saúde mental. Então, essa confusão, né, pra mim, essa mudança de lugar, né, pra mim foi muito difícil [...]”.

(Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Percebe-se uma dificuldade, por parte de alguns profissionais, ao se depararem com as demandas e especificidades do trabalho em saúde mental, uma vez que a formação recebida na graduação esteve calcada na dimensão biomédica e no conhecimento técnico. Nesse sentido, Roberta destaca que chega à residência com uma visão linear do processo de tratamento e cura, segundo a qual “você tem

um diagnóstico e você tem um tratamento” [sic]. Da mesma forma, Rodrigo fala de uma ausência de referências em relação ao trabalho em saúde mental e até mesmo em relação à conduta do profissional, pois a sua experiência era de que: *“você tá aprendendo o que que é Psiquiatria, você tá aprendendo o que é psicoterapia, o que que é trabalho numa semi-internação” [sic].* Além disso, os participantes chamam a atenção para a complexidade do cuidado em saúde mental, assim como para a especificidade do vínculo com o paciente nesta área que, de acordo com Rodrigo, é diferente do tipo de vínculo estabelecido na relação médico-paciente, em um contexto tradicional.

Por outro lado, alguns entrevistados destacaram um maior contato com o campo da saúde mental em seus cursos de graduação, conforme relatos a seguir.

“[...] na TO (Terapia Ocupacional) tem essa parte bem social, bem da saúde mental. [...] Então, assim, eu percebo que a TO é mais esse campo, tem a saúde física também, que seria tipo uma reabilitação, mas eu percebo que essa parte do social e da saúde mental é bem forte dentro da TO, tem bastante projetos (de iniciação científica) nessas áreas. A saúde física tem, mas não tanto comparado às outras. [...] No primeiro ano, a gente vê muito abrangente e no segundo ano a gente já começa a ter a saúde mental, a saúde física, a saúde do adulto, a saúde da criança, dentro da terapia ocupacional”.

(Letícia, graduanda de Terapia Ocupacional do 1º ano)

“[...] a gente, desde o primeiro ano, tem estágios e a partir do segundo ano a gente tem estágio no hospital (geral). [...] A gente passa pelo estágio obrigatório de Psiquiatria no terceiro ano e no nosso último ano, a gente faz estágio supervisionado e que são os estágios mais longos, é praticamente só estágio, no nosso último ano, e daí a gente pode escolher a área que a gente quer fazer estágio. Eu fiz os meus dois estágios na saúde mental. [...] e foram os únicos estágios em que eu não senti que essa questão do distanciamento do paciente, de você não demonstrar emoção tava presente e talvez, por isso, seja uma área que eu gosto, porque eu não acredito, eu não vejo funcionando o cuidado de outra forma”.

(Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

Letícia aponta uma forte inserção do campo da saúde mental na graduação de Terapia Ocupacional, revelando, inclusive, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de iniciação científica nesta área. Nesse mesmo sentido, Luana relata a existência de estágio obrigatório em Psiquiatria, no terceiro ano da graduação em Enfermagem e de estágios opcionais na área no último ano. Relata ainda que, na saúde mental, diferente das demais áreas havia uma aproximação com o paciente, fator importante para a sua opção de estágio nesse contexto.

O depoimento abaixo revela também uma identificação com a área da saúde mental, ao reconhecer neste campo maior proximidade com seu jeito de ser e pensar.

“[...] eu sempre tive a consciência de que eu era uma pessoa humanizada, mas eu não tinha total certeza de que isso era uma coisa boa, porque eu vim de uma formação muito, que não valoriza isso, sabe, valoriza outros tipos de saberes e, quando eu vim pra cá (realizar estágio em saúde mental no Hospital-Dia), eu vi que não é bem assim, que isso sim é muito valorizado e que talvez a referência que eu estava usando é que tava distorcida. [...] Na verdade, eu acho que eu me encontrei, porque a minha referência era de que isto estava errado, mas eu não conseguia ser assim e eu também não ia matar o que eu tinha de humano pra tentar ser o que eu não era, isso não faz parte da minha personalidade [...] Então sim, eu chorava com o paciente, quando eu achava que eu tinha que chorar e quando eu sentia vontade de chorar, porque tem momentos em que você lida com a tristeza do outro, que é uma situação em que a empatia é tão grande, que aquela tristeza, ela é sua também e você chora e eu sempre relutei, eu sempre falei que o dia em que eu deixasse de sentir eu saía, eu tava na profissão errada [...]. E quando eu cheguei aqui, eu vi que eu não era um alien, que tinha outras pessoas que pensavam como eu e foi muito bom. Foi acolhedor [...]”.

(Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

Natália relata um sentimento de inadequação pessoal, diante do modelo recebido durante sua graduação, pois em suas palavras: *“eu sempre tive a consciência de que eu era uma pessoa humanizada, mas eu não tinha total certeza de que isso era uma coisa boa, porque eu vim de uma formação muito, que não valoriza isso” [sic]*. Desse modo, ela aponta que seu percurso de formação foi vivido com muita dificuldade, por não conseguir se identificar com o modelo recebido e, mais do que isso, por se perceber diferente em seu modo de ser e não encontrar espaços, na graduação, para discutir esse sentimento de inadequação. Ao iniciar seu estágio em saúde mental, se sente acolhida e pertencente e descreve que encontra um jeito de pensar e trabalhar no campo da saúde mais afinado com seu perfil: *“quando eu cheguei aqui, eu vi que eu não era um alien, que tinha outras pessoas que pensavam como eu e foi muito bom. Foi acolhedor” [sic]*.

Por outro lado, o relato seguinte aponta que a experiência na especialização em saúde mental tem sido vivida como um espaço fragmentado, sem abertura para diálogo e troca entre diferentes concepções e posicionamentos.

“A residência (em Psiquiatria) acaba sendo um espaço fragmentado. Ainda que seja um departamento, propriamente dito, dentro desse departamento tem muitas divisões, docentes com linhas de pesquisa próximas que, às vezes, entram em atrito. Ambulatórios também que, às vezes, seguem pacientes com patologias próximas, mas ambulatórios que são rivais e o ambiente acadêmico, que é um ambiente mais

hostil, pelo menos o nosso departamento [...] e acaba tendo, muitas vezes, luta do que seria por um lado a farmacologia, e, por outro lado, a parte da terapia, incluindo a Análise, a Psicodinâmica, Cognitivo Comportamental e, às vezes, fica muito como se fossem seitas, ah, você só mexe com parte de farmacologia ou você só mexe com parte de atendimento psicoterápico”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Antônio descreve a residência médica em Psiquiatria como um espaço marcado pela rivalidade entre grupos com diferentes posicionamentos, o que em sua opinião, gera uma *“luta do que seria por um lado a farmacologia, e por outro lado a parte da terapia” [sic]*. Nesse sentido, percebe-se um processo de formação marcado pela fragmentação e dicotomia, que expõe o estudante ou profissional a diferentes posicionamentos, contrapostos entre si, com pouca abertura para o diálogo ou troca, conforme aponta Antônio: *“às vezes, fica muito como se fossem seitas, ah, você só mexe com parte de farmacologia ou você só mexe com parte de atendimento psicoterápico” [sic]*.

5.2 Primeiros Contatos com o GCSM: um novo modelo

Esta categoria apresenta os contatos iniciais dos entrevistados com o GCSM, suas primeiras impressões e percepções em relação à proposta. Para alguns dos entrevistados, o primeiro contato com o GCSM esteve também atrelado às suas primeiras vivências e experiências de trabalho na área da saúde mental e com grupos, como é possível observar nos relatos a seguir.

“Quando eu entrei no Hospital-Dia, no R1 (primeiro ano de residência médica em Psiquiatria), no ano passado, eu fiquei três meses aqui, eu não conhecia nada de terapia, de terapia em grupo, não sabia nada, nunca tinha participado, nunca tinha visto como que é. Então, eu tava muito novo, no começo foi difícil pra me adaptar, às vezes, parecia meio superficial, mas no começo foi difícil de entender o que era aquilo (se referindo ao GCSM)”.

(Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“Eu cheguei no R1, no meu primeiro estágio. Então, no meu segundo dia de residência eu fui pro Grupo Comunitário que teve. Então, assim, como era tudo muito novo, a residência em si, o Hospital-Dia, que tem também uma proposta um pouco diferente, né, do outro hospital, o geral, e o Grupo Comunitário, então, pra mim, assim, eu não tinha muita expectativa, né, eu vim e aí recebi tudo com, de certa forma, de coração aberto, eu diria. Eu não tinha muito o que dizer, o que comparar”.

(Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Eu nunca tinha participado de grupo nenhum, de nenhuma forma e aí quando, em junho, eu fui em um grupo, porque eu tinha que ir, porque era relacionado ao projeto,

né, então, a gente tinha que conhecer pra poder participar e aí eu fui e foi lá na Escola de Enfermagem, mas assim, eu achei uma coisa comum, porque era, basicamente, alunos e docentes, então eu achei normal. Aí, quando eu vim pra cá (GCSM do Hospital-Dia), eu senti um pouco de diferença, porque quando eu cheguei aqui é com os pacientes, aí eu fiquei um pouco apreensiva. [...] Eu não sei, acho que é porque eu nunca tinha tido contato, eu nunca tinha ido em um hospital psiquiátrico, nem nada... foi meu primeiro contato (com a saúde mental). Aí eu fiquei quietinha, num cantinho e aí foi ainda um pouco difícil pra absorver o grupo, sabe”.

(Ester, graduanda de Enfermagem do 1º ano)

É possível observar nos relatos dos entrevistados, que todo o contexto ao seu redor se apresenta como muito novo: o Hospital-Dia, o trabalho com grupos, com psicoterapia e o contato com usuários de serviços de saúde mental. Diante dessa primeira aproximação, Paulo relata uma dificuldade de adaptação e de compreensão do GCSM, que, às vezes, lhe parecia *“meio superficial” [sic]*. Ao mesmo tempo, Clara aponta que *“não tinha muita expectativa” [sic]*, pois não possuía ainda elementos comparativos, para avaliar sua experiência com o GCSM. Ester aponta também uma dificuldade para *“absorver o grupo” [sic]*. Por se tratarem de primeiras experiências de alguns dos estudantes e profissionais no campo da saúde mental carregam o impacto do contato com o novo, estando o GCSM inserido neste processo.

Outros entrevistados, que já haviam tido contato com outros modelos de grupos ao longo de sua formação, realizam uma comparação entre estes e o GCSM, como evidenciam as vinhetas abaixo.

“O Grupo Comunitário foi... eu tive a minha participação logo no meu terceiro dia de estágio, né, logo no início. [...] A princípio, eu achei um pouco estranho, eu não tava acostumada com a dinâmica assim. É... principalmente, porque eu já conhecia os pacientes do serviço, mas a maioria são pacientes de fora. Então, assim, era um pessoal que eu não conhecia, é um grupo que tem bastante gente, né, diferente dos outros e aí quando veio a parte, a participação, né: ‘eu vou ler alguma coisa que eu trouxe’, eu achei uma dinâmica diferente do que eu já tinha visto até o momento”.

(Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“Eu achei ele (GCSM) muito diferente do que eu conhecia de grupo, né. Do que eu conhecia de grupo era lá do terceiro andar, de hospitalar, assim. Então, pra mim foi muito diferente, eu fiquei muito surpresa de ver a dinâmica e como funcionava mesmo o grupo”.

(Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“No início, não entendia direito, né, porque eu nunca tinha visto nada parecido [...] Eu lembro de ter ficado muito assim em dúvida, né, porque fugia muito do padrão dos outros grupos lá do Hospital-Dia e daqui do hospital (Geral), dos outros grupos que eu tinha participado durante a residência, né. Eu passei lá no Hospital-Dia já era por volta de novembro-dezembro. Então, já tinha alguns meses aí, que eu tinha tido contato com as coisas da residência, mas não tinha visto nada parecido. Então, eu realmente não entendi direito o que que tava acontecendo ali, porque as pessoas

levavam música, poema e depois falavam algumas coisas que tinham acontecido no dia-a-dia delas e eu não entendia direito o que era aquilo, só lembro de ficar muito confuso. Eu ficava me perguntando muito ‘qual que é o objetivo aqui, como que tá funcionando, como que isso aqui...’, eu não conseguia entender”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“No R1 (primeiro ano de residência médica em Psiquiatria), quando a gente começou a participar do Grupo Comunitário, quando a gente tá no Hospital-Dia como residente, no princípio era difícil pra mim, entender o funcionamento, os objetivos, até como se portar no grupo [...] Eu acho que eu ficava muito presa ao modelo, a ter um objetivo final do grupo e tudo mais. Então, eu pensava, eu acho que eu ficava... que o Grupo Comunitário, às vezes tinha que ter, no sentido de ter uma finalidade naquele momento, sabe, assim por si só o grupo, naquele momento, tinha que ser terapêutico [...]”.

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Nota-se, a partir dos relatos, um estranhamento diante de um modelo diferenciado de grupo, com peculiaridades em relação à sua dinâmica de funcionamento e à forma como está organizado. Nesse sentido, ao chegarem ao GCSM, os participantes se deparam com um grupo aberto, que recebe, conforme aponta Natália, não apenas “*pacientes do serviço*” [sic], mas também pacientes de pós-alta, familiares, profissionais, pessoas da comunidade e interessados em geral, o que o distingue de um grupo convencional, fechado à participação da comunidade. Outro fator que, de acordo com o relato dos entrevistados gera estranhamento é a forma como o GCSM está organizado, ou seja, à sua divisão em três momentos, que compreendem: sarau, relato das experiências e elaboração do trabalho grupal. Percebe-se, através das falas dos entrevistados, uma dificuldade inicial de compreensão em relação ao desenvolvimento e às finalidades de cada um desses momentos, e ainda, conforme apontado por Roberta, de compreensão acerca dos objetivos do GCSM, que diferentemente de grupos terapêuticos ou clínicos, centrados nas queixas e problemas dos usuários, propõe um exercício de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana. Assim, os primeiros contatos dos entrevistados com este modelo são marcados por um processo de ambientação e assimilação de sua proposta de trabalho.

5.3 O GCSM sob a perspectiva de estudantes e profissionais em formação: a horizontalidade em questão

Nesta categoria são apresentadas as experiências dos estudantes e profissionais em formação com o GCSM, assim como os desafios e potencialidades

percebidos em relação à sua proposta. Foi dividida em duas subcategorias, a saber: *A questão do lugar profissional no GCSM*; *A horizontalidade das relações no espaço do GCSM*.

5.3.1 *A questão do lugar profissional no GCSM*

Esta subcategoria descreve como os entrevistados abordam a questão do lugar que ocupam no GCSM, uma vez que são pessoas que se encontram em processo de formação profissional. Importante destacar que o termo “lugar” foi adotado aqui em preferência ao de “papel social”, por entender este associado a uma noção prescritiva, a um conjunto de funções, atribuições e comportamentos que circunscrevem determinado modo de agir, enquanto que lugar contém uma ideia tanto de identificação e pertencimento, quanto de posição dinâmica, que se delineia no espaço afetivo-relacional do grupo. Nessa subcategoria, a ênfase foi dada à vivência pessoal dos estudantes e profissionais em formação, frente à proposta do GCSM. Está subdividida em três subitens, a saber: *Dúvidas acerca do lugar*; *A cisão pessoa/profissional*; *Experimentando novos lugares*.

5.3.1.1 *Dúvidas acerca do lugar*

Os entrevistados relataram uma confusão inicial, em relação ao seu lugar no GCSM.

“Você fica um pouco confundido, assim, na sua função ali, porque minha função ali não é ser coordenador, né, a minha função ali não é tá pensando o que que tá acontecendo, é... eu tô ali pra sentir o grupo, né, e pra participar, como um membro do grupo, como tão os pacientes, como tão as outras pessoas da equipe, né, e como, às vezes, eu vejo que os coordenadores participam, se emocionam né”.

(Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“Fiquei um pouco confusa no começo, por causa do papel, né, de residente ou de participante ou o que que era que eu tava fazendo ali, isso foi uma confusão...porque, muitas vezes, a gente entra no grupo como coordenador ou como co-coordenador, né. No Grupo Comunitário, o coordenador é o Dr. Otávio e as outras pessoas são todas participantes, que podem contribuir de forma semelhante”.

(Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Assim, eu vim, eu vi como que era, mas eu ainda não conseguia entender, porque eu ainda tinha aquela coisa de que um grupo tem, no caso, um psicólogo, um médico ou algo assim e aí cada um fala um problema e ele ajuda. Pra mim, essa era a vida de grupo e aí quando eu cheguei aqui, eu vi que todo mundo, assim sabe, era todo

mundo igual, não tinha, eu, por exemplo, eu coordeno e vocês são pacientes, não, era tudo igual”.

(Ester, graduanda de Enfermagem do 1º ano)

Conforme ilustram os relatos, os estudantes e profissionais em formação chegam ao GCSM com algumas concepções a respeito da coordenação e dinâmica de participação em grupos de saúde mental, com destaque para a centralização na figura de um coordenador e a diferenciação entre profissional e paciente. Ao se depararem com a proposta do GCSM, se veem confrontados com um modelo que propõe uma perspectiva de interação horizontal entre os participantes, rompendo com os limites entre aquele que ajuda e aquele que é ajudado no grupo. Essa proposta parece suscitar uma confusão, em relação ao lugar que devem ocupar no grupo, como destaca Clara, que afirma não saber *“o que que era que eu tava fazendo ali” [sic]*. Além disso, surge um estranhamento em relação à figura do coordenador, que também se coloca como um participante e em alguns momentos se emociona no grupo. Percebe-se, assim, uma dificuldade inicial que envolve a compreensão da proposta, a maneira de vivenciá-la e de se posicionar diante de um espaço que apresenta um novo modelo de cuidado em saúde mental.

5.3.1.2 A cisão pessoa/profissional

Alguns entrevistados destacaram uma dificuldade inicial de se colocarem no espaço do GCSM como pessoas, sendo pessoa aqui compreendida como o ser humano em sua totalidade, que além de papéis sociais, porta uma história e uma série de experiências.

“Então, foi diferente, porque era um grupo que eu não me via como residente. Eu não sabia muito bem o que fazer, como interpretar as coisas porque tinha alguns pacientes meus lá, mas eu sabia que eu não tinha que ver eles de um jeito de paciente, eu tinha que ver eles de um jeito de participante, como eu tava. Então, eu achei meio diferente por causa disso e de como ouvir essas contribuições, sabe, como interpretar, como levar isso pra mim, porque uma coisa é você ouvir num grupo operativo e você interpretar, pra tentar mostrar pro paciente o que que ele falou e outra coisa é você ouvir pra tentar pegar pra você. Então, no primeiro dia eu fiquei meio confuso, de saber como aproveitar as experiências, sabe e de como não levar pra algo médico-paciente, mas sim pessoa-pessoa. Então, eu demorei um pouquinho até entender”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

“[...] no início, eu pensava assim, eu fui muito com essa coisa, assim, ‘ah, eu sou residente e estou participando’ e aí eu achava, assim, que inclusive eu tinha que

entender o que tava acontecendo ali pra, muitas vezes, ajudar meus pacientes lá do Hospital-Dia, que participassem do Grupo Comunitário a levar também alguma coisa, muito assim, pensando ainda, tipo eu pra ajudar eles e não sentia que o grupo também era pra mim”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Eu acho que no começo foi um pouco difícil, porque é um modelo diferente, né, de grupo, você não tá lá só como profissional. Você tá lá, a proposta, pelo que eu entendi, assim, né, é de você tá lá como pessoa também, né, trazer suas contribuições também, né. Então, num primeiro momento foi um pouco difícil, no sentido de eu me soltar, rir, eu acho que eu me sentia um pouco preso no começo, [...] acho que por tá acostumado com outro modelo de grupo, de atendimento, de você tá só como profissional, você não tá como pessoa. Não que exista uma separação tão água e óleo assim, mas é um modelo diferente”.

(João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental/ Psicologia)

Miguel relata sua dificuldade, ao chegar a um espaço que o convidava para um encontro entre pessoas, ou seja, que abria a possibilidade para ver a si mesmo e ao usuário do serviço como participantes de uma mesma tarefa, o que o levou a refletir sobre *“como não levar pra algo médico-paciente, mas sim pessoa-pessoa” [sic]*. Da mesma forma, Jorge descreve que sua chegada ao GCSM foi marcada pela postura de *“ah, eu sou residente e estou participando” [sic]*, e *“tipo eu pra ajudar eles e não sentia que o grupo também era pra mim” [sic]*. Nesse sentido, observa-se um estranhamento, por parte do profissional, na medida em que este sai de um lugar, em que a ajuda está concentrada em suas mãos, para se colocar em um espaço em que, de acordo com João *“você tá lá como pessoa também” [sic]*, o que pode ser de ajuda pessoal. Assim, nota-se nas falas dos entrevistados uma cisão entre as dimensões de profissional e pessoa, conforme explicitado no trecho da fala de João, que aponta estar *“acostumado com outro modelo de grupo, de atendimento, de você tá só como profissional, você não tá como pessoa” [sic]*.

O relato a seguir explicita algumas nuances dessa cisão entre pessoa e profissional.

“[...] eu acho que não tem como você ficar lá (no GCSM) sem o papel de residente, primeiro porque, às vezes, pode acontecer uma intercorrência antes, durante ou depois do Grupo e isso faz a gente ficar ainda um pouco vígil ou não consegue relaxar totalmente no Grupo, não consegue se entregar pro Grupo. Por exemplo, já aconteceu de um paciente ir pro grupo, faz acompanhamento aqui mesmo, tava tendo uma intercorrência, não tava dando conta, que achava que ia morrer, que ia se matar. Aí, quando chega isso, tem toda uma sequência, acaba sendo uma sequência até cerebelar, de uma forma automática do que fazer. Com essa vigilância não acho, não considero possível a gente relaxar ou participar, integralmente, até porque se acontece uma situação dessa e a gente não atua, além de repercussões legais, porque querendo ou não, a gente ali acaba sendo um profissional, a gente ainda tem

o nosso incômodo e às vezes, um incômodo até dos pacientes, ‘ah, mas você é um profissional, você não vai agir?’. Essa que eu acho que é a questão que não faz a gente relaxar totalmente e se entregar ali, porque se aparecer uma intercorrência, eu vou ter que deixar de lado o Grupo pra avaliar essa intercorrência”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Antônio descreve uma dificuldade de estar no GCSM sem o “*papel de residente*” [sic] e de “*se entregar pro Grupo*” [sic], pois sente que a qualquer momento pode ocorrer uma “*intercorrência*” [sic], diante da qual deve estar preparado para atuar. Observa-se a divisão que o residente estabelece entre ser profissional e ser participante de um grupo, que propõe um exercício de atenção às experiências cotidianas, não sendo possível, neste momento, integrar ser pessoa e ser médico. Importante destacar que participar do grupo não tira a capacidade de intervir, caso ocorra uma intercorrência, assim como ser profissional não está em contraposição a ser pessoa, pois o fato de se colocar de forma pessoal no grupo não implica a perda de um lugar profissional. No entanto, o convite realizado pelo Grupo Comunitário, de se colocar como pessoa, parece suscitar alguns receios e dificuldades, como sugerem os relatos a seguir.

“[...] acho que... tá totalmente como pessoa, acho que não seria possível, porque aí implicaria eu não saber, olhando, por exemplo, pro fulano, pro beltrano eu sei que o fulano é do Hospital-Dia, que beltrano só vem pra participar do Grupo [...] porque lá é um lugar que, por exemplo, lá não se usa o jaleco. Ainda que não se use o jaleco, mas dá pra fazer uma diferenciação de quem é membro de equipe fixa, equipe móvel e quem são os clientes ou os pacientes, pelo tipo de vestuário. Indiretamente, você consegue identificar, acaba tendo uma pequena segregação e fazer esse contato, de expor essa experiência, muitos não fazem porque acaba sendo um limite falar, ‘ah, eu ainda sou profissional aqui participando, mas prefiro não me expor’. [...] por mais que eu tente ser como pessoa lá, eu ainda vou, eu ainda lembro que tem os pacientes de semi-internação, tem as pessoas que vão lá só pro Grupo e essa informação, pela dinâmica do Hospital-Dia fica muito... fica muito no consciente”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Assim, eu gosto de ir, mas eu não me sinto pertencente, assim. É como se eu tivesse assistindo. Assim, eu consigo entender e absorver tudo, mas eu não sei, acho que eu não consigo ainda, como eu posso dizer, pensar que eu faço parte. [...] eu acho que eu ainda não consegui romper essa coisa estudante-paciente, não sei se é isso. [...] eu não sei, mas pelo fato dos residentes estarem lá eu me sinto mais desconfortável. É porque assim, eles tão entre, eles tão formados, mas eles ainda não são psiquiatras. Então, parece que eles tão lá pra assistir e se você falar alguma coisa eles vão, como eu posso dizer, como se eu fosse falar alguma coisa e eles fossem me avaliar. [...] Eu sinto como se eles tivessem em uma posição maior, mais alta, sabe [...] porque eu comecei a faculdade agora, então, eles tão aqui há muito mais tempo, aí eu acho que eu posso falar algo muito sem noção, assim [...] Então eu acho que é isso, essa coisa de medo de ser julgada, [...] eu acho que eu ainda não consegui quebrar essa coisa de que eu sou estudante e que eu não sou

paciente. Eu acho que esse é o desafio de quase todo mundo, pelo menos do que eu já ouvi, que é conseguir se fazer pessoa lá dentro, não profissional”.

(Ester, graduanda de Enfermagem do 1º ano)

Antônio fala da impossibilidade que percebe de estar “*totalmente como pessoa*” [sic] no GCSM, pois “*olhando, por exemplo, pro fulano, pro beltrano eu sei que o fulano é do Hospital-Dia, que beltrano só vem pra participar do Grupo*” [sic]. Nesse sentido, ele aponta em seu relato que detêm algumas informações sobre os participantes do grupo e que estas geram uma diferenciação entre os mesmos. De forma semelhante, Ester ressalta que não se sente pertencente ao grupo e aponta: “*eu ainda não consegui romper essa coisa estudante-paciente*” [sic], “*quebrar essa coisa de que eu sou estudante e que eu não sou paciente*” [sic]. Assim, é possível observar que a possibilidade de se ver como pessoa no GCSM, parece suscitar um medo de se perceber identificado com o paciente, levando a uma demarcação entre os lugares de estudante/profissional e de paciente.

Outra questão ainda, conforme apontado por Ester é a dificuldade de romper com relações hierárquicas, pois segundo ela, os residentes estão em uma “*posição maior, mais alta*” [sic] e diante disto ela teme ser avaliada negativamente, o que se configura em uma barreira para sua participação mais ativa no grupo. Desse modo, em sua opinião, os residentes ocupariam uma posição de maior saber e competência do que ela, que está começando seu percurso de formação. Observa-se que são muitas as dificuldades de se colocar como pessoa no GCSM e que há uma série de barreiras em relação a si e ao outro, que necessitam ser rompidas, de forma que estas pessoas, que se encontram em processo de formação na área da saúde, especificamente da saúde mental, possam integrar o ser pessoa e ser estudantes/profissionais.

5.3.1.3 Experimentando novos lugares

Alguns entrevistados relataram que, com o passar do tempo, participando mais sistematicamente da atividade puderam se colocar de forma mais pessoal no GCSM, conforme pode ser visto nos relatos a seguir.

“Assim, no meu R1 (primeiro ano de residência médica em Psiquiatria), eu ainda me sentia como residente, como uma residente que tava ali e é isso que eu tô te falando, tinha essa separação, tinha os pacientes, tinha as pessoas que vinham de fora,

tinham ex-pacientes, tinham os profissionais. Agora no R2 (segundo ano de residência médica em Psiquiatria) eu consegui diminuir isso, eu me via mais como uma participante, mais como uma pessoa que poderia ouvir de forma diferente o que as pessoas traziam e também falar de forma diferente sobre experiências que eu tive, ou pelo menos de ouvir, sabe. Pra mim, essa coisa de falar, de se colocar, eu não acho tão importante. Só de você tá aberto a ouvir, você já consegue refletir, né, mas no começo foi bem complicado. Agora que eu passei no R2 eu achei que facilita a questão do amadurecimento, a questão de ver aquele espaço como um ambiente diferente, não só como uma coisa, ah, um grupo no Hospital-Dia, né, tem os pacientes, tem as pessoas de fora, sabe, todas essas separações. Acho que ver aquele espaço como um encontro, simplesmente isso, um encontro de pessoas pra um cuidado, um espaço de reflexão, eu acho que isso facilita, né, tentar tirar essas imagens assim, porque é no Hospital-Dia, tem os pacientes que a gente trabalha todos os dias e isso acaba dificultando, mas acho que tudo isso, pensar como um espaço de cuidado eu acho que facilita, como um cuidado diferente”.

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“[...] Eu não tô lá como residente só, claro que isso faz parte do que eu sou, né, mas é... quando eu venho, as minhas contribuições são mais da pessoa que eu sou, além de residente. [...] Hoje é mais, entre aspas, assim, tranquilo, né, mas a princípio, porque você pra se sentir à vontade pra se expor, você tem que vincular, né, então, à medida em que você vai se vinculando, pelo menos no meu caso foi assim, foi ficando mais fácil. Não é que seja fácil, nunca é fácil você se abrir em frente a pessoas que você, em grande parte, nem conhece, falar de coisas muito pessoais, experiências e emoções, é... não é fácil, mas hoje já acontece de uma maneira mais natural do que no começo”.

(Daniela, médica, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Clara: “A única coisa que se esperava de mim era o que se esperava dos outros também, participantes, não era diferente e isso foi um estranhamento, inicialmente, né, mas aí eu consegui, eu acho, ficar a vontade nesse papel, só que é difícil. Em muitos momentos até hoje eu me pego pensando na parte técnica também, mas tento na hora da participação me permitir também participar, não como técnica”.

Bruna: “E como é que foi se ver nesse papel diferente?”.

Clara: “Foi novo, por ser uma coisa que a gente não conhece, mas foi agradável, uma sensação de acrescentar uma nova experiência, eu acho, nesse sentido. Ainda é possível pra mim ter o outro papel em alguns momentos, mas também é possível interagir de outras maneiras com pessoas que podem em algum momento estar em tratamento, em outros momentos não estar, porque o grupo é comunitário também. Então, nem todas as pessoas estiveram ou estão em tratamento aqui, né. Então, eu acho que são novas possibilidades”.

(Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Observa-se, nos relatos acima, um movimento de maior confiança para se colocar de maneira pessoal no GCSM, assim como uma diminuição em relação às demarcações entre pacientes, ex-pacientes, profissionais e pessoas da comunidade, conforme aponta Roberta: *“no R2 eu consegui diminuir isso, eu me via mais como uma participante, mais como uma pessoa que poderia ouvir de forma diferente o que as pessoas traziam e também falar de forma diferente sobre experiências que eu tive, ou pelo menos de ouvir” [sic]*. Nesse sentido, a possibilidade de se colocar

como pessoa no grupo é sentida de uma forma menos ameaçadora, sem que isto implique na perda de um lugar profissional, conforme revela Daniela: *“Eu não tô lá como residente só, claro que isso faz parte do que eu sou, né, mas é... quando eu venho, as minhas contribuições são mais da pessoa que eu sou, além de residente” [sic].*

As próprias entrevistadas salientam alguns fatores que consideram implicados neste processo, incluindo o amadurecimento pessoal e profissional e a possibilidade de olhar para o espaço do grupo de uma forma diferente, como ressalta Daniela: *“ver aquele espaço como um encontro, simplesmente isso, um encontro de pessoas pra um cuidado, um espaço de reflexão” [sic].* Outro fator, apontado por Clara é o estabelecimento de um vínculo com o grupo, que lhe permite *“se sentir à vontade pra se expor” [sic].* Nesse sentido, percebe-se uma maior abertura, por parte das entrevistadas, para experimentar outras maneiras de se ver e estar no GCSM.

Destaca-se, conforme relatos dos entrevistados, que não se trata de processo automático, considerando a complexidade presente na proposta do GCSM, o que demanda certo tempo para compreensão e apropriação da mesma, conforme revelam os depoimentos a seguir.

“E eu acho que a dificuldade, às vezes é que, pra alguém que tá chegando e entendendo o que tá acontecendo, porque é algo que quando você termina, que você vai entendendo com o tempo, porque é complexo mesmo. Não é algo que ali tá na hora e você fala ‘não, já peguei já’, aliás, eu acho que nada no mundo é assim também, né, você olhou, pronto, aprendi. E, às vezes, acho que a dificuldade é de entender direito qual que é o processo, qual que é o trabalho, como que é essa escolha de trazer alguma contribuição, alguma experiência, né, e como lidar com o que tá sendo ali dividido, pra realmente ir além do que tá sendo falado, de entender que o que tá sendo ali dividido é mais relato do que uma música, é uma música que me toca de uma certa forma, me faz sentir assim, me faz lembrar. Então, que isso vai além, que traz lembranças, que me transforma. [...] Nos primeiros saraus que eu participei, fiquei de trazer uma frase, mas na verdade não é trazer uma frase, é uma frase que, de alguma forma, me fez ver alguma coisa de uma forma diferente”.

(Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“[...] a capacidade de assimilar o que o Grupo traz é importante também, de você ir entendendo qual que é a proposta do Grupo pra você pensar, mas isso é o tempo assim [...]. E o que faz o tempo ser mais rápido ou ser mais longo é a capacidade de você entender, de levar, de você colocar em prática o que tá falando no Grupo, mas acho que é o tempo mesmo, vincular, você se sentir bem, tranquilo no lugar, pra você conseguir falar ou ouvir melhor”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

“Eu entendo que é um exercício diário, assim quando a gente fala, como eu te disse, quando a gente fala parece fácil re-experimentar um cotidiano, re-experimentar uma rotina é uma coisa até muito difícil, mas eu acho que é um treino. Não acho que,

igual eu falei, se a gente deixar vai passando, o dia vai passando, a semana vai passando, os anos vão passando, as experiências vão passando. Acho que quando você fala assim, olhar pra experiência é como se fosse uma pausa, dar uma pausa e pensar sobre aquilo, olhar pra aquilo, pode ser da mesma forma, mas só de você parar, 'não, o que que eu to fazendo? O que que é isso que tá acontecendo? Pra onde eu to indo?' Então, quando você fala em olhar pra experiência, eu penso em parar e falar 'vamos pensar o que que tá acontecendo, de que forma que eu tô levando isso, de que forma que eu tô encarando as coisas na minha vida'".

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Paulo e Miguel apontam como elemento importante para a realização do exercício proposto pelo Grupo Comunitário, a compreensão adequada de sua proposta e do processo de trabalho, no sentido de perceber as contribuições que são levadas ao espaço, incluindo elementos artísticos e experiências pessoais, para além de seu conteúdo explícito e poder se apropriar destas contribuições como vivências e percepções diferentes acerca da realidade, que podem ser de ajuda para o crescimento pessoal. Roberta acentua ainda que o exercício proposto pelo grupo não constitui tarefa simples, pois implica em *"dar uma pausa e pensar sobre aquilo, olhar pra aquilo"* [sic], assim como em um exercício de reflexão pessoal, que envolve *"pensar o que que tá acontecendo, de que forma que eu tô levando isso, de que forma que eu tô encarando as coisas na minha vida"* [sic].

Nesse sentido, na concepção dos entrevistados, a vivência da proposta de trabalho do GCSM se encontra ligada à dimensão do tempo, indispensável, segundo Miguel, para se *"vincular, você se sentir bem, tranquilo no lugar, pra você conseguir falar ou ouvir melhor"* [sic]. Percebe-se que tal dimensão temporal ultrapassa o momento do encontro do GCSM, considerando que o exercício de apropriação das experiências cotidianas transcende tal espaço e conforme aponta Roberta, em função de sua complexidade representa um *"exercício diário"* [sic].

Desse modo, ressaltam-se aqui os diferentes "tempos" vividos pelos estudantes e profissionais em processo de formação, no que tange à apropriação da proposta do GCSM. Nota-se, conforme relatos dos entrevistados, que uma maior compreensão e vivência da proposta, assim como a construção de vínculos com o grupo favorecem uma maior aproximação e abertura dos estudantes e profissionais à tarefa proposta, com destaque para uma mudança em seu modo de participação, expressa por meio do compartilhamento de experiências, emoções, assim como da apropriação do espaço do grupo como fonte de ajuda e crescimento pessoal. Tal processo pode ser melhor elucidado através do depoimento a seguir.

Jorge: “E aí, a medida do tempo, eu acho que eu fui me vendo como participante do grupo, saindo desse papel aí meio que eu tô aqui como médico e tudo e que eu acho que vinha muito pra suprir uma insegurança, né, como lidar tanto com meus pacientes, como lidar com as minhas próprias coisas e fui podendo deixar, sair desse lugar pra me tornar um participante. Então, tipo assim, eu passei a aproveitar o grupo pra mim mesmo, muito assim, no sentido de me ajudar e no sentido de eu ajudar os outros como um participante, mas não como aquela coisa assim ‘ah, eu sou o residente, que tá aqui participando do grupo’, participar mesmo e se fosse pra eu ajudar alguém, ajudar mesmo com as minhas contribuições, como outro participante, como todo mundo que tava ali. [...] E aí assim, eu acho que saindo um pouco dessa coisa de papel, que eu tinha em mente, passando pelo papel de participante, que tá lá pra ouvir, que tá lá pra crescer, que tá pra contribuir, eu acho que assim eu consegui até ajudar mais gente, se eu for pensar, assim como eu consegui também ser ajudado muito pelo grupo”.

Bruna: “O que você acha que ajudou nessa mudança de olhar?”.

Jorge: “Eu acho que, principalmente, ver os outros, a coragem mesmo das pessoas que iam lá, falavam, que entravam em contato e as próprias coisas que eram compartilhadas ali e que iam me tocando e aí eu acho que eu fui entendendo isso, a medida em que, talvez eu fui me sentindo mais seguro, eu pude olhar pra minha própria participação de uma forma diferente, pro meu próprio papel ali no grupo de uma forma diferente, a partir das coisas que eram compartilhadas, que eu via cada pessoa trazendo, uma experiência, o que que aquilo provocava em mim. Eu acho que aquilo acabou me transformando muito, como pessoa, resgatando o que tinha dentro de mim, antes assim de... o que tem antes de eu ser médico, antes de eu ter passado por uma faculdade, o que tem em mim como ser humano mesmo, né. E aí eu acho que isso foi o que me ajudou a largar esses outros rótulos que eu tinha e ficar lá mesmo como eu mesmo”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Jorge descreve uma transformação pessoal, vivida no espaço do grupo, a partir do momento em que conseguiu sentir mais segurança em relação a si mesmo e ao outro e pôde resgatar o que havia dentro de si como pessoa, ou em suas palavras, *“o que tem antes de eu ser médico, antes de eu ter passado por uma faculdade, o que tem em mim como ser humano mesmo” [sic]*. Nesse sentido, percebe-se um movimento de integração, que possibilita a Jorge entrar em contato consigo mesmo e com aquilo que lhe caracteriza como ser humano e este resgate permite uma aproximação dos demais participantes do grupo, como pessoas que compartilham dessa mesma condição humana. Vale ressaltar que, na opinião de Jorge, a sua participação no grupo como pessoa lhe permitiu ter e receber até mais contribuições do que como técnico, conforme aponta: *“eu consegui até ajudar mais gente, se eu for pensar, assim como eu consegui também ser ajudado muito pelo grupo” [sic]*.

João também relata as repercussões de se colocar como participante, compartilhando uma experiência pessoal com o grupo.

“Eu acho que tem aspectos muito interessantes, assim, né, de você se colocar em uma posição de... de experimentar um modelo diferente, assim, não ficar só na sua zona de conforto, dos modelos que você tá acostumado. Eu acho que tem, às vezes, um sentimento de exposição, né, porque normalmente a gente não fala das nossas próprias experiências na frente dos pacientes, né. Tem, às vezes, um sentimento de timidez, pra mim né... mas tem o outro lado que, quando a gente consegue lidar com esse sentimento assim e participar, a despeito de ter esse sentimento também, eu acho que é muito positivo, assim das vezes que eu contribuí, que eu trouxe experiências minhas, eu senti que foi muito interessante, ver como que o olhar das outras pessoas pra aquilo que eu tava trazendo modificava a experiência que eu tinha tido com aquilo. Eu vou citar uma contribuição, que aí vai ficar mais fácil. Teve uma vez que eu trouxe um trecho de um livro que eu li e... e eu percebi assim que a hora que eu fui ler o trecho no grupo, eu já tinha meio que esquecido porque que eu tinha levado aquele trecho assim, tinha perdido um pouco do sentido. Eu lembrava que era uma coisa que tinha me tocado, no momento em que eu li e em alguns momentos depois que eu fiquei pensando naquilo, mas não lembro porque, na hora que eu fui ler, na hora que eu tava no grupo com aquilo, eu não conseguia me lembrar muito bem do sentimento que aquilo tinha me trazido e acho que a hora que eu li pro pessoal lá, que tava no grupo e eles falaram de como eles ouviram aquilo e então falaram das impressões deles, do trecho do livro que eu li também, de como aquilo impactou eles, isso meio que me fez recuperar aquele sentimento que eu tinha, a impressão que eu tive quando eu li o texto e acho que até ampliar assim, porque eles trouxeram também o olhar deles, até uma outra pessoa me pediu o livro emprestado. Eu acho que ajudou até a aprofundar assim, na experiência que eu tive, sabe, com aquele texto, que aí uma outra participante falou assim: ‘Nossa, é uma sorte quando a gente encontra um texto assim, que até arrepia a gente’. Foi muito bom, eu senti que, eu me senti acolhido... eu senti um sentimento muito bom de ver que outras pessoas também podiam se emocionar com uma coisa que eu me emocionei. [...] foi legal sentir que aquilo que eu tinha vivido sozinho, lá no meu quarto, lendo o livro podia ser também uma experiência que pudesse ser compartilhada com outras pessoas, que pudesse tocar outras pessoas também, que pudesse ser vivida junto e não sozinho, sabe”.

(João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental/ Psicologia)

João destaca a mudança de lugar no GCSM como uma tarefa difícil, ligada à necessidade de exposição, de superação da timidez, mas ao mesmo tempo, quando consegue sair da sua “zona de conforto” [sic], aponta como para ele foi transformadora tal experiência. Ao compartilhar com o grupo o trecho de um livro, que havia lhe chamado a atenção, João relata, em um primeiro momento, que havia se esquecido do motivo pelo qual estava levando aquilo para o grupo. Porém, no momento seguinte, ao ouvir as repercussões de seu relato para as outras pessoas do grupo, ele pôde não apenas retomar a própria vivência com a leitura, mas também ampliar seu olhar para a experiência, ao “ver como que o olhar das outras pessoas pra aquilo que eu tava trazendo, modificava a experiência que eu tinha tido com aquilo” [sic]. Assim, observa-se tanto um movimento de abertura por parte de João, ao expor uma experiência pessoal, quanto de acolhida por parte do grupo, ao

receber seu relato. Ao perceber a forma como sua experiência toca as outras pessoas, ele também se sente tocado e neste momento o encontro acontece.

Nesse sentido, o ato de levar uma contribuição para o GCSM parece significar mais do que simplesmente compartilhar um elemento artístico ou relatar um acontecimento, pois implica em um processo de abertura de si mesmo para o outro, como revela o relato a seguir.

“Eu contei uma experiência que eu tive. Eu tava até pensando em trazer texto, assim, mas eu achava que eu tinha, eu precisava me identificar de um jeito diferente, assim, de ver o quanto que o Grupo tava presente na minha vida. Eu acho que, ao longo do tempo, a minha participação no Grupo foi me moldando a isso. Acho que primeiro eu precisava sentir o Grupo mesmo, trazer a minha primeira contribuição como algo que eu tivesse na minha vida, assim. Não me via identificado de trazer uma música ou um poema. A minha contribuição tinha que ser algo mais de ver o quanto que o Grupo tava presente em mim. Foi uma contribuição nesse aspecto assim [...] o Grupo já tava presente em mim, na questão desse objetivo de viver melhor as experiências [...] mas eu não sentia ainda que era o momento de contribuir, ainda tava vendo o meu papel. Aí eu tive uma experiência que tava chovendo, assim, aqui em Ribeirão e eu tinha saído de um lugar pra ir pra minha casa, que eu tava a pé e aí eu fui pela chuva, assim, e no meio da chuva eu tive uma experiência boa, uma sensação de tá sendo molhado pela chuva. Aí, eu percebi que essa era uma chuva molhada. Eu achei meio estranho, porque daí eu pensei assim, mas toda chuva molha, toda chuva é molhada. Aí, logo veio o pensamento de que não, tem chuva que você tá em lugares fechados ou no seu carro, no seu trabalho, na sua casa e você vê a chuva lá fora. Então, por mais que ela esteja molhando é diferente, né, ela não tá te molhando, ela tá distante de você e logo que eu pensei isso veio o Grupo Comunitário na minha cabeça. Eu demorei um tempo assim, fiquei andando até entender porque veio a palavra Grupo Comunitário na minha cabeça e aí caiu a ficha de que o Grupo Comunitário seria essa chuva, que faz com que as experiências do dia-a-dia, seja um filme, uma música ou qualquer experiência não fique como se fosse longe, aquela chuva que esteja caindo, mas algo que te molha, que você consiga aproveitar, absorver essa experiência pro teu dia-a-dia. E aí eu falei, ‘não, essa é uma experiência, eu acho que com essa experiência eu não posso passar batido’ e é uma experiência que eu coloquei no Grupo Comunitário, como uma música, como um filme, mas como o Grupo tá fazendo parte da minha vida, assim [...] Eu acho que essa experiência, ela tem vários aspectos na minha vida, assim, não só das experiências do meu dia-a-dia, como do Grupo. Eu acho que depois de ter contado essa experiência o Grupo ficou mais próximo mesmo. Eu acho que quando você fala, quando você contribui, você se sente mais do grupo do que aquela pessoa que eu era, que antes só ouvia. Eu acho que contribuir na experiência foi fundamental pra eu entrar, pra me molhar um pouco mais nesse grupo, porque eu vi o quanto que eu me senti bem assim, o quanto que foi aproveitado, que foi uma experiência que eu contribuí [...] Eu acho que foi muito gratificante assim, de saber que a minha experiência pode ajudar as outras pessoas a ver as coisas de um jeito diferente e ter as experiências delas. Então, nesse aspecto, eu acho que eu fiquei mais no Grupo mesmo, senti um pouco essa comunidade assim, de que você influencia as outras pessoas na medida em que você é influenciado”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Com base no depoimento de Miguel percebe-se um processo crescente de apropriação do GCSM, uma vez que ele destaca: *“A minha contribuição tinha que ser algo mais de ver o quanto que o Grupo tava presente em mim” [sic]*, revelando a necessidade de trazer algo que refletisse os impactos causados pelo grupo em sua própria vida e como esta atividade estava lhe ajudando *“na questão desse objetivo de viver melhor as experiências” [sic]*. Neste sentido, o seu relato sobre a *“chuva molhada”* é significativo deste processo de se experimentar como pessoa e poder compartilhar essa experiência no espaço do grupo, pois a possibilidade de se molhar com as experiências cotidianas é incentivada pelo GCSM, mas transcende o espaço deste. Ao mesmo tempo, nota-se um movimento de agradecimento, de devolver a ajuda recebida ao grupo, sendo que este processo de compartilhar experiências revela um potencial de renovação, pois na medida em que Miguel conta sobre como foi *“molhado”* pelo grupo, ele também *“molha”* o grupo e é novamente molhado, se re-experimentando novamente como pessoa no espaço.

5.3.2 A horizontalidade das relações no espaço do GCSM

Nesta subcategoria são apresentadas as maneiras como os entrevistados vivenciam a proposta de horizontalidade no espaço do Grupo Comunitário de Saúde Mental, no que tange ao seu contato com o outro. A ênfase aqui foi dada às relações vividas pelos estudantes e profissionais em formação no espaço do GCSM. Foi dividida em dois subitens, a saber: *A condição humana como fator de proximidade: relações de reciprocidade e troca*; *Ruptura com um modelo idealizado de profissional*.

5.3.2.1 A condição humana como fator de proximidade: relações de reciprocidade e troca

Para os entrevistados, o convite realizado pelo GCSM, de se colocarem no espaço na mesma condição dos demais participantes representou uma oportunidade de experimentarem uma nova forma de contato e relação com os pacientes e demais membros do grupo, conforme se observa nos relatos a seguir.

“Ali é o momento em que o médico, ele tá de igual pra igual com o paciente. [...] No sentido assim, sentir que o médico também é humano. [...] Eu acho que é um momento em que o lado humano fica extremamente aflorado, ali no Grupo Comunitário, porque você expõe pro outro coisas que mexem com você, que mexem com seus sentimentos, o que faz com que o outro respeite seus sentimentos e tenha liberdade de expor o que mexe com o dele também. Por ser um ambiente em que o objetivo é entrar em contato com os seus sentimentos, com o que faz você ser humano, ser um ser assim que tem sentimentos, que pensa, consegue refletir, isso é uma coisa de todos, não importa se você é enfermeiro, se você é médico, se você é paciente. É uma coisa, eu acho que é uma coisa relacionada com o fato de sermos seres humanos, não o fato da classe social, profissional”.

(Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“Eu acho que pelo formato, que no grupo todos nós participamos, mesmo os pacientes, os ex-pacientes, as pessoas da comunidade, os profissionais que tão atuando, às vezes, ex-profissionais que passam por aqui também [...] eu acho que isso aproxima a relação entre o paciente e o profissional, assim, rompe essas barreiras de profissional e paciente”.

(Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

“O Grupo Comunitário em si, eu acho que é uma... esqueci o nome do conceito, mas, por exemplo, é muito terapêutico pro paciente essa troca de papéis ou inversão de papéis ou pelo menos, mudança de papéis, no sentido de que no Grupo Comunitário, a gente é participante, eles são participantes, então você tá no mesmo nível assim, nível no sentido do mesmo papel. Eu posso trazer minhas experiências, eles podem trazer suas experiências, eu aprendo com eles e eles aprendem comigo. [...] Enfim, a questão é que você tá numa posição horizontal, que eu acho que de certa forma trabalha as próprias questões do profissional, que tende, ainda mais o médico, que tende sempre a tentar ter uma hierarquização ou estar como superior e você tá junto ali, eu acho que isso te deixa mais humano”.

(Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Conforme ilustram os depoimentos anteriores, os entrevistados descrevem um sentimento de proximidade entre os participantes do grupo, que parece ser favorecido tanto pela estrutura do mesmo, na qual todos são convidados a colaborar com o trabalho grupal, como pelo foco de atenção às experiências cotidianas, que aproxima os participantes do ponto de vista de sua condição humana ou, segundo sugere Natália: *“não importa se você é enfermeiro, se você é médico, se você é paciente. É uma coisa, eu acho que é uma coisa relacionada com o fato de sermos seres humanos, não o fato da classe social, profissional” [sic].*

Essa proximidade e a mudança de lugar por parte dos estudantes e profissionais, ao poderem experimentar outras posições, diferentes daquelas que, tradicionalmente, ocupam em suas experiências formativas parece implicar em uma ruptura com hierarquias e relações de poder, na medida em que, segundo Jaqueline, há uma quebra de *“barreiras na relação profissional-paciente” [sic]* e de sentimentos de superioridade versus inferioridade, o que por sua vez favorece o estabelecimento

de relações horizontais entre os participantes, como sugere Paulo: “*você tá no mesmo nível assim, nível no sentido do mesmo papel. Eu posso trazer minhas experiências, eles podem trazer suas experiências [sic]*”.

Assim, percebe-se que a horizontalidade promovida no GCSM implica, para alguns participantes, em um maior contato com aquilo que é próprio à sua condição humana e que este reconhecimento abre novas possibilidades de se colocar em relação com o outro. Nesse contexto, os entrevistados descreveram o GCSM como um espaço que favorece a construção de relações de maior reciprocidade e troca, na medida em que possibilita aos participantes tanto oferecerem como receberem ajuda uns dos outros.

“Quando o paciente vem e ele te mostra, ou ele te traz alguma coisa que te faz bem, ou que te faz refletir, ele acaba te proporcionando uma coisa positiva pra sua saúde mental e talvez acabe... te faz perceber que não é só o paciente, que você tá ajudando o paciente, o paciente também tem coisas a oferecer, a acrescentar e acaba que você, no Grupo é muito claro isso, que todo mundo tem alguma coisa pra compartilhar e ensinar”.

(Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“Então, acaba que você vê um pouco, eu me via um pouco identificado nos pacientes, assim, vê que tinha uma identificação, que na relação médico-paciente eu era o médico e o paciente era o paciente. Então, aí foi transformando em pessoa-pessoa e agora eu acho que no Grupo, eu não vejo mais os pacientes assim, ‘ah, tal pessoa tem um transtorno de personalidade, tal pessoa’, mas assim, aquela pessoa aproveitou uma experiência desse jeito, o que eu posso aproveitar dela. [...] O Grupo Comunitário é justamente isso, ele mostra que pode haver troca, que vai ter coisas que os pacientes vão dizer que vai servir pra mim, tem coisas que eu posso dizer que vai servir pra eles e não só unilateralmente, não só coisas que eu vou dizer que vai servir pra eles”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

“Então, foi um aprendizado muito grande, de humildade, de aprender muito com a experiência do outro, de ampliar, né, meu olhar pras pessoas. [...] por exemplo, você ouve histórias que você não concebe, você jamais conceberia que isso existia, que isso poderia existir, você ouve maneiras de se ver, maneiras de lidar com as coisas, que você simplesmente não sabia que isso existia. De repente eu falava ‘nossa, será que eu não posso usar disso pra mim? Será que eu não posso fazer igual a outra pessoa faz? Olha que bacana’. Eu acho que é se encantar assim, se encantar com a possibilidade que você não sabia que existia e que o outro te traz”.

(Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“Eu vejo como as pessoas aproveitam, pra falar de experiências pessoais, de, às vezes, coisas difíceis que elas viveram ou coisas boas que elas sentiram, que aproveitaram, algo diferente que elas fizeram que foi bom, foi positivo... eu acho que é mais um momento assim, pra você poder reparar nessas experiências, poder pensar num segundo momento sobre aquilo, com outros olhares, que não sejam só os seus, que podem também falar de como que viram aquilo. Tô me lembrando de uma contribuição de um paciente, que viu o pai trabalhando numa escultura e

ouvindo uma música junto assim e de como aquilo foi impactante pra ele, assim, ver o pai num momento mais tranquilo assim, ouvindo uma música, que acho que ele falou que nunca imaginava que o pai ouvia aquela música e lembro que eu achei isso muito sensível assim, sabe. Eu não lembro exatamente o que que ele falou, mas eu achei muito sensível e acho que ajuda assim, você a ser mais sensível também, quando você vê o outro sendo sensível a uma experiência que ele teve, com o pai ali. Então, eu acho que é um momento de você aprender com os outros, né, aprender com as experiências que os outros trazem, poder trazer uma experiência sua também e aprender como os outros percebem a sua experiência, o que eles falam daquilo, né”.

(João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental/ Psicologia)

Nota-se uma modificação na relação estabelecida com o outro, de verticalidade, em que uma das partes oferece ajuda e a outra recebe, para uma maior horizontalidade e reciprocidade, em que pode haver troca e ambas as partes podem se beneficiar da relação, conforme indica Luana: *“te faz perceber que não é só o paciente, que você tá ajudando o paciente, o paciente também tem coisas a oferecer, a acrescentar e acaba que você, no Grupo é muito claro isso, que todo mundo tem alguma coisa pra compartilhar e ensinar” [sic]*. E essa possibilidade de estabelecer relações mais recíprocas permite ressignificar o lugar que o outro ocupa na relação, o que pode ser visto no relato de Miguel: *“vai ter coisas que os pacientes vão dizer que vai servir pra mim, tem coisas que eu posso dizer que vai servir pra eles e não só unilateralmente, não só coisas que eu vou dizer que vai servir pra eles” [sic]*.

Percebe-se ainda uma ampliação das possibilidades de aprendizagem com o outro, como ressalta Rodrigo *“Eu acho que é se encantar assim, se encantar com a possibilidade que você não sabia que existia e que o outro te traz” [sic]*. Nesse sentido, há também uma ampliação do reconhecimento do valor do outro na relação, na medida em que este outro pode contribuir e enriquecer a própria experiência do profissional, como pode ser observado no relato de João, que frente à sensibilidade demonstrada por um paciente, ao relatar uma experiência com o pai, pôde experimentar de outra forma sua própria sensibilidade.

5.3.2.2 Ruptura com um modelo idealizado de profissional

Um dos desafios, na opinião dos entrevistados, implicados na horizontalidade das relações, conforme proposto pelo GCSM é a dificuldade de lidar com o medo de

exposição diante do outro e a percepção de estar vulnerável na situação, segundo apontam os depoimentos a seguir.

Jaqueline: “É muito bom que exista essa, que é uma coisa que sempre me incomodou esse limite que, às vezes, a gente precisa, não sei se é bem limite a palavra, mas essa coisa de ‘eu sou o assistente social e o paciente ali’. Então, existe a...eu tô numa posição hierárquica, assim, essa coisa me incomoda um pouco e quando isso, de certa forma rompe é também difícil, porque de certa forma a gente tá exposto nessa relação também. [...] Eu sempre fico com aquela dúvida, ‘ah, será que eu vou me expor demais? Será que isso vai ser bom?’, mas eu acho que é um limite de todo mundo que participa, né”.

Bruna: “O que você acha que gera essa preocupação, por exemplo, de tá se expondo demais, da onde você acha que vem?”.

Jaqueline: “Ah, eu acho que do medo, né, das relações, não sei, acho que do medo de ficar vulnerável. Acho que é isso. Acho que do medo de mostrar pro outro, é confuso, né! Porque ao mesmo tempo em que é confortável pra mim que esse limite, que essa barreira, ela se rompa, também eu fico preocupada se isso vai atrapalhar minha prática assim, se em algum momento eles vão me perceber de uma maneira diferente, pelo que eu falei sabe, o que pode ser positivo ou negativo. Acho que é o medo”.

(Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

“Eu acho que é... é uma faca de dois gumes, por um lado você demonstra que você tá mais próximo, que você pode demonstrar seu lado humano, por outro lado você acaba se expondo... não que isso seja ruim. Eu acho que essa exposição é uma exposição que em nenhum outro lugar da residência ou mesmo na graduação ou, às vezes, nas atividades fora da residência, a gente tem um contato nessa intensidade, [...] às vezes, a gente fica em dúvida de quanto que a gente se expõe e quanto que isso pode ou nos expor, com a gente podendo ser um alvo ou podendo ficar mais frágil, ou o quanto que isso pode interferir no relacionamento com os pacientes. [...] a preocupação é: será que o paciente vai entender que, às vezes, vai ter um momento em que eu não vou estar bem, que às vezes, eu não vou conseguir ajudar ele? Porque aí ele pode falar ‘ah, mas você não deu conta? Não conseguiu me ajudar?’, porque, se eu coloco nessa conta a variável que eu também tenho emoções, que eu também tenho sentimentos, em alguns momentos eu não vou estar capaz e, às vezes, alguém procurando ajuda chega no profissional e o profissional: ‘não, hoje eu não tô num bom momento’. Às vezes, quem procura, no caso o paciente, o cliente, às vezes pode não compreender, falar ‘ah, então você não é capaz’, ou ‘você não tá valorizando minha situação’. [...] O problema, a preocupação é: eu ponho uma variável extra, eu demonstro os meus sentimentos, as minhas emoções, até as minhas fraquezas, mas a pessoa me põe num pedestal como uma pessoa infalível, aí não flui depois. Aí, no momento em que ela acha que eu sou infalível, eu mostro que eu falho, aí a pessoa acaba se frustrando”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Jaqueline salienta a ambivalência diante do rompimento de relações hierárquicas entre profissional e paciente, pois ao mesmo tempo em que anseia por essa quebra de barreiras, teme ficar exposta e vulnerável. De forma semelhante, Antônio aborda a questão da horizontalidade como “*uma faca de dois gumes*” [sic], pois ao mesmo tempo em que lhe traz uma maior proximidade em relação ao

paciente, implica em uma maior exposição por parte do profissional. Diante disso, surge o questionamento de *“quanto que a gente se expõe” [sic]* e de que forma esta exposição pode interferir no relacionamento profissional-paciente, conforme ressalta Jaqueline: *“Eu sempre fico com aquela dúvida, ‘ah, será que eu vou me expor demais? Será que isso vai ser bom?’” [sic]*.

Jaqueline demonstra preocupação de que a exposição no GCSM atrapalhe sua prática e que os pacientes a percebam de uma forma diferente. Questionamento semelhante é relatado por Antônio, em suas palavras *“a preocupação é: será que o paciente vai entender que, às vezes, vai ter um momento em que eu não vou estar bem, que, às vezes, eu não vou conseguir ajudar ele?” [sic]*. Dessa forma, percebe-se também um medo de reconhecer suas fragilidades e vulnerabilidades diante do paciente, assim como uma dificuldade de sair de uma posição de onipotência, sem recair, por outro lado, na impotência diante do outro, conforme explicitado pela fala de Antônio: *“eu ponho uma variável extra, eu demonstro os meus sentimentos, as minhas emoções, até as minhas fraquezas, mas a pessoa me põe num pedestal [...] Aí, no momento em que ela acha que eu sou infalível, eu mostro que eu falho, aí a pessoa acaba se frustrando” [sic]*.

Observa-se que, sob um contexto de horizontalidade das relações, em que os estudantes e profissionais podem experimentar maior proximidade diante do outro, assim como entrar em contato com suas próprias fragilidades e limitações emerge uma série de questionamentos e reflexões acerca de um modelo idealizado de profissional. Se por um lado este processo implica em desafios, por outro abre novas perspectivas para a relação profissional-paciente, como indicam os relatos a seguir.

“Eu lembro quando eu falava no Grupo Comunitário do ano passado, os pacientes falavam assim ‘nossa’ e eu acho que era bom pra eles, assim, é bom a gente ver que o médico também é gente, que o médico tem sofrimento, que o médico chora. [...] Pra mim era muito bom, porque me aproximava deles, entende e me tirava um pouco dessa noção, que eu tinha antes assim, sabe, dessa coisa, dessa rigidez que eu tinha e que tá dentro de um certo ideal, né, que se faz a respeito dessa figura do médico e muitas vezes, eu acho que assim, por conta da minha personalidade antes, junto com a minha formação de médico, dentro de uma faculdade renomada e tudo mais e você adora esse lugar, né, é bom, é confortável, só que é vazio, né, e aí, muitas vezes, o paciente faz esse convite pra que você fique ali, ele precisa de alguém nessa posição, pra salvar ele daquele sofrimento, né, só você ali vai poder salvar, só que isso não é o que acontece, entende, isso é um pouco irreal e aí eu ver os pacientes desmistificando isso dentro deles e eu poder desmistificar isso dentro de mim, entende, é uma coisa que me aproximava deles e me aproximava de mim. [...] Então, talvez um pouco dessa ilusão, né, que eu fui desconstruindo. É... eu acho que isso traz um contato mais verdadeiro, né, com o paciente, é... me ajuda a

entender as vezes em que eu me identifico com essa, essa idealização que eles fazem, né, e que é uma coisa que já me satisfaz muito antes, né. Então me deixa atento pra isso, pra quando isso acontece”.

(Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“No início também é estranho pra eles (pacientes). Em alguns momentos eles ficam desconfiados, em alguns momentos eles ficam com medo, porque a gente se parece mais humano e isso tira um pouco do poder onipotente que eles colocam, né, idealizar traz uma certa segurança, de que o outro vai trazer o que eu preciso, mas em geral, passada essa fase também é reconfortante pra eles, perceber a gente mais humano [...] essa coisa de ser idealizado é muito pesada. No início, a gente gosta, a gente acha bonito, ‘olha só como me idealizam, como eu sou poderoso’, mas depois a expectativa pesa muito e no final ninguém gosta de ser idealizado. A gente quer mais é ser humano também, pra poder ser cuidado, igual às outras pessoas. É muito bonitinho ser idealizado, mas daqui a pouco você vai sentir um peso que você não sabe de onde tá e você vai ver a expectativa em cima de você, tirando você do seu lugar de ser humano e isso é péssimo pra saúde da gente”.

(Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“[...] eu acho que é muito terapêutico na hora que eles sentem que você também é um ser humano, que chora, que tem emoções, que ri, que tem um dia que você tá de saco cheio, que tem um dia que você tá muito triste. Ele precisa sentir isso também. Ele sentir você só como um robô, como uma parede, uma pessoa que tá ali só pra receber o que ele tem pra falar, às vezes isso faz com que ele imagine que a gente seja superior a eles. Eles esquecem que a gente também é gente”.

(Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

“[...] é totalmente o contrário da medicina assim, que eu aprendi, porque como eu te falei, é muito mais fácil ser o dono da verdade e o paciente não ser. A partir do momento que você vê que você não é o dono da verdade aí o bicho pega, porque você tem que saber como você pode ajudar o paciente a se ajudar e ver que muita da ajuda que ele precisa você já precisou e que a ajuda que você pode dar, ele também pode te dar e desembolar todo esse negócio assim, que é uma relação saudável. Ainda é muito complexo pra mim também”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Os entrevistados sugerem que a possibilidade de se colocarem no GCSM de forma pessoal e humana, relatando experiências e emoções, lhes permite romper com o estereótipo do profissional “saudável”, “que não tem problemas” e que “tem soluções para os problemas dos outros”, ou seja, com a visão de profissional onipotente. No entanto, eles destacam que não se trata de um movimento simples, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais. Clara fala da sua percepção acerca das dificuldades, por parte dos pacientes, ao perceberem o profissional “*mais humano*” [sic], pois “*isso tira um pouco do poder onipotente que eles colocam, né, idealizar traz uma certa segurança*” [sic]. Miguel, por sua vez ressalta: “*é muito mais fácil ser o dono da verdade e o paciente não ser*” [sic], pois a partir do momento em que o profissional sai de uma posição de onipotência, ele precisa lidar com o não

saber e *“ver que muita da ajuda que ele (o paciente) precisa você já precisou e que a ajuda que você pode dar, ele também pode te dar” [sic]*.

Ao reconhecerem este processo de idealização, os entrevistados podem se questionar, ampliando sua percepção para o fato de que, ao mesmo tempo em que este lugar idealizado é *“bom”, “confortável”*, de acordo com Clara, *“no início, a gente gosta, a gente acha bonito, ‘olha só como me idealizam, como eu sou poderoso’” [sic]*, também se mostra vazio e traz uma sobrecarga para o profissional, retirando-o *“do seu lugar de ser humano” [sic]*, produzindo, inclusive, segundo Clara, efeitos negativos para a saúde deste. Essa percepção mais realista acerca de si mesmo, na opinião dos entrevistados apresenta efeitos positivos para ambas as partes, pois segundo Natália, *“é muito terapêutico na hora que eles sentem que você também é um ser humano” [sic]* ou ainda de acordo com Rodrigo *“eu ver os pacientes desmistificando isso dentro deles e eu poder desmistificar isso dentro de mim, entende, é uma coisa que me aproximava deles e me aproximava de mim” [sic]*.

5.4 Ampliando olhares acerca da pessoa em sofrimento psíquico: da doença à potência

Esta categoria aborda as concepções e vivências dos estudantes e profissionais em formação, diante do seu contato com os pacientes, no contexto do GCSM. Ao longo das entrevistas os participantes relataram uma transformação do olhar acerca da pessoa em sofrimento psíquico. Os depoimentos a seguir dão visibilidade para tal mudança.

“Eu acho que uma coisa que mudou bastante foi que, quando eu entrei no R1 (primeiro ano de residência médica em Psiquiatria) a gente fica muito com uma visão do doente, né, paciente, doente, tudo doente, né, não tem nada de saudável. O que era saudável se foi, acabou. Então, como que num grupo desses, que as pessoas trazem espaços pra reflexão, coisas saudáveis, sejam elas alegres ou não, podem ser tristes também, como que pode trazer, né, se são doentes? Então, era uma visão muito marcada disso. Quando eu acho que foi o tempo passando, né, igual eu falei, você vai aprendendo, você vai vendo outros lugares, outros espaços, a ideia que eu comecei a ter muito é de, não do doente, né, mas de uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida. Ela ainda tem muitas coisas saudáveis dentro dela, só que, às vezes, ela não enxerga isso e nem os profissionais, nem a equipe de saúde mental e eu percebi o quanto isso atrapalha o tratamento e a melhora, a melhora de qualidade de vida, né, o tratamento que eu digo é a melhora de qualidade de vida, porque aí fica a equipe e o doente buscando uma, uma utopia sabe, uma coisa assim ‘ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável’. [...] o doente, ele deixou de ser pra mim, sabe, assim o paciente-doente só. Sabe,

tem uma história por trás, tem esses aspectos saudáveis, tem além daquilo sabe, tem além da esquizofrenia, por mais que, às vezes, o que você vê é o paciente esquizofrênico, mas quem que é esse paciente, né, eu acho que isso faz diferença. [...] eu acho que depois de um tempo eu comecei a perceber, a me surpreender e a permitir que os pacientes trouxessem esse lado mais saudável e a pontuar isso com eles, auxiliar eles também a trazer esse lado mais saudável”

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“[...] a minha mentalidade ainda é um pouco, mas tenho tentado mudar, daquele jeito de que o paciente é o negativo, é a doença, é algo que não tem recurso, que só vai melhorar a poder de remédio, que vai ser difícil e o Grupo ele mostra o outro lado, né, mostra que os pacientes têm experiências, têm um jeito de interpretar e de sentir as coisas e que, muitas vezes, isso te influencia”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Antônio: *“Agora, pela terceira vez no Grupo (participando do grupo na condição de R3 - terceiro ano da residência médica em Psiquiatria) é diferente, porque dá pra aproveitar melhor e acabei tendo a surpresa, naquela época, logo no início eu tinha dúvidas, às vezes, o quanto que alguns pacientes pudessem ter proveito do Grupo, mas eu acabei vendo por A mais B, que alguns pacientes, que eu considero, às vezes, que não tivesse um aproveitamento, acabavam aproveitando, mesmo, às vezes, pacientes que a gente teve contato em outros contextos e, às vezes, ficava uma relação difícil, a gente vê que no Grupo ali, pelo menos no Grupo é um local em que eles tem um rendimento maior ou eles tem uma interação mais funcional, uma interação mais sadia”.*

Bruna: *“E o que você acha que mudou esse seu olhar pra esses pacientes?”*

Antônio: *“O que mudou é o jeito deles, primeiro alguns deles participarem do grupo, que antes pelo menos, a gente via eles ali no grupo, mas só que eles ficavam mais quietos, às vezes, não eram de dá participações e a descrição do que seria participação, falando, às vezes, de coisas de maior complexidade, falando de política, falando de emoções, não de um jeito superficial, falando, ainda que usem termos simples, falando de emoções com uma profundidade maior”.*

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

A princípio, Roberta descreve uma dificuldade em enxergar aspectos saudáveis nos pacientes, tanto que se questiona *“como que num grupo desses, que as pessoas trazem espaços pra reflexão, coisas saudáveis, sejam elas alegres ou não, podem ser tristes também, como que pode trazer, né, se são doentes?”* [sic]. Miguel também destaca uma visão, segundo a qual *“o paciente é o negativo, é a doença, é algo que não tem recurso, que só vai melhorar a poder de remédio, que vai ser difícil”* [sic]. Da mesma forma, Antônio salienta que *“logo no início eu tinha dúvidas, às vezes, o quanto que alguns pacientes pudessem ter proveito do Grupo”* [sic]. Assim, nota-se uma percepção acerca da pessoa em sofrimento psíquico centrada na falta, na incapacidade, na impotência, na doença, o que dificulta que o profissional possa ver as potencialidades e recursos de seus pacientes.

Com o passar do tempo, Roberta pontua que ocorreu uma mudança de olhar do “paciente-doente” [sic] para “uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida” [sic], na medida em que pôde olhar para a pessoa do paciente, ou seja, além da doença. Miguel também destaca uma ampliação da percepção a respeito dos pacientes, como pessoas, que “têm experiências, têm um jeito de interpretar e de sentir as coisas e que, muitas vezes, isso te influencia” [sic]. Nesse mesmo sentido, Antônio pontua uma nova forma de olhar para a participação e para o aproveitamento dos pacientes no GCSM, ao perceber estes “falando, às vezes, de coisas de maior complexidade, falando de política, falando de emoções, não de um jeito superficial, falando, ainda que usem termos simples, falando de emoções com uma profundidade maior” [sic].

Assim, nesse percurso de participação no GCSM o profissional tem a possibilidade de perceber a pessoa em sofrimento mental de forma mais integral, podendo romper com as dicotomias “bom/mal”, “positivo/negativo”, “são/doente”, para olhar a pessoa em sua totalidade. Essa forma de perceber se mostra surpreendente, como revelam os depoimentos a seguir.

“[...] vê o Gilberto (usuário do serviço) que, inicialmente, já teve em semi-internação, fazendo seguimento prolongado no ambulatório, que já gerou atritos, tanto no Hospital-Dia como em outros locais, demonstrar uma, uma experiência, demonstrar um ganho, ainda que fosse uma frase curta. Isso me surpreendeu. [...] Porque eu não achei que, eu fiquei com a impressão que ele não teria conserto, que por mais que eu tivesse intervenção farmacológica ou tivesse intervenção psicoterápica, não tava surtindo efeito. Eu tinha a sensação de impotência e que aquele era um caso perdido e que por mais que fosse investido não teria um resultado esperado. [...] me surpreendeu positivamente, porque a ideia que eu tinha, como eu fui no grupo, é que alguns pacientes já eram considerados sem salvação ou, às vezes, que a funcionalidade não iria melhorar ou que eles não iam ter um ganho. Ele foi um que me surpreendeu. [...] ele conseguir compreender, ele pegar esse exemplo que tem, em diversos grupos e ele processar, isso foi o que chamou a atenção. Eu não achei que isso ia acontecer. O meu conceito, a minha ideia inicial é de que não havia, esse fluxo não poderia acontecer, mas aconteceu, seja por ele ter amadurecido, seja por conta da doença ou pelas outras experiências de vida, mas tecnicamente ele amadureceu, ele consegue agora expor uma experiência, ainda que essa experiência envolva um sofrimento, mas com um jeito mais suave”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“O que é bom é que, por outro lado, de vez em quando, alguns (pacientes) surpreendem. Igual hoje a Carla, uma paciente que contribuiu com uma experiência dela, que serviu pra mim de um jeito muito positivo. [...] É que ela falou do, foi uma experiência de dar um presente pra quem tá indo embora. Eu tô indo embora, então eu até pensei em dar uma contribuição hoje, de falar desse negócio de ir embora, só que ela falou de um jeito muito legal que ela tava dando um presente pra quem tava indo embora, enquanto eu ia colocar algo como se eu fosse embora, pensando em mim e ela pensou no outro e isso serviu muito pra mim, de quanto que ao pensar no

outro, esse cuidado de dar um presente pra uma pessoa que tá indo embora e isso me tocou bastante e foi até uma contribuição, do meu ponto de vista, do quanto que eu senti, que ela se propôs em ajudar o outro, em dar um presente pro outro, dá um cuidado de quem ia ficar e isso me surpreendeu bastante e ela é uma paciente”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Eu acho sensacional, às vezes, uma coisa que o paciente traz, é uma coisa que você fala ‘nossa, isso é muito elaborado!’. Quando o Mateus traz uma poesia que ele escreveu, sei lá, eu estudei literatura, li vários livros, estudei a vida inteira, mas não sei escrever algo tão bem assim, sabe. Uma vez ele compôs uma música e terminou com um mi menor e falou ‘a gente nunca termina uma música com esse acorde porque fica um tom de dúvida, um tom de tristeza’, alguma coisa assim e eu estudei música e que sensacional ele pensar nisso, de colocar um acorde diferente no final da música. [...] eu acho que, quando você chega no Grupo Comunitário e você vê um paciente com esquizofrenia, que escreve poesia muito melhor que você, isso é desestigmatizante sabe, ele é muito melhor que você em muitas coisas e aí faz interpretações e fala algumas coisas muito mais inteligentes que você falaria. Eu acho que isso é muito bom pra gente, é bom pros outros pacientes, desestigmatizar eles, eles frente a eles também. Eu acho que é muito importante, nesse sentido”.

(Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Antônio descreve a sua “impotência” diante de uma situação de atendimento a um paciente que não melhorava e relata suas concepções acerca desse paciente, afirmando que julgava que *“não teria conserto” [sic]*, que era *“um caso perdido”[sic]*. Mas pôde perceber no GCSM um posicionamento deste paciente que diferia das suas concepções, ficando surpreso diante desse encontro. É possível observar uma mudança de concepção acerca da potencialidade do outro, ao ver que, em outro contexto, um paciente até então “desacreditado” pode expressar os recursos que possui, revelando sua capacidade de apropriação das experiências e de compreensão do entorno. Nesse sentido, o profissional pode rever seus conceitos e concepções, ampliando o modo como enxerga a doença e seu próprio trabalho.

De modo semelhante, Miguel mostra-se surpreendido diante do olhar de uma paciente, no GCSM, que em de uma situação vivida também por ele lhe apresentou outras possibilidades de lidar com a questão da despedida, centrando a atenção no outro que está indo embora e não em si mesmo. Destaca-se que ele se mostra surpreso não apenas diante da contribuição da paciente, mas também pelo fato de que *“ela é uma paciente” [sic]*, revelando certa perplexidade ao se perceber sendo ajudado por alguém que julgava que só poderia precisar de ajuda.

Por sua vez, Paulo aponta sua surpresa ao observar que *“às vezes, uma coisa que o paciente traz, é uma coisa que você fala ‘nossa, isso é muito elaborado!’” [sic]*. Ele cita o exemplo de Mateus, um paciente que leva poesias e

músicas de sua autoria ao GCSM, mostrando-se encantado diante dessa capacidade, tanto que destaca *“eu estudei literatura, li vários livros, estudei a vida inteira, mas não sei escrever algo tão bem assim” [sic]*. Dessa forma, a possibilidade de vivenciar um espaço, que favorece aos profissionais em formação olharem para os pacientes sob um lugar de potência, podendo surpreender-se com o outro, independente de sua condição social e/ou de saúde mental, revela ser potente para a transformação e desmistificação em relação à pessoa em sofrimento psíquico, como acentua Paulo: *“quando você chega no Grupo Comunitário e você vê um paciente com esquizofrenia, que escreve poesia muito melhor que você, isso é desestigmatizante” [sic]*. Ao mesmo tempo, este processo parece implicar em um resgate da esperança, por parte do profissional, como revela o depoimento a seguir.

“Ali (no GCSM), eu vejo, às vezes, eu fico feliz de tá lá ou às vezes, vejo que nem tudo tá perdido... que na psiquiatria... na medicina em geral, o que era às vezes, o objetivo seria a busca da cura, a busca da melhora ou às vezes, um atenuar do sofrimento. Na psiquiatria é um local em que a gente acaba tendo que lidar mais com a impotência da gente, com a limitação da gente, porque às vezes, por mais que a gente se esforce, por mais que o paciente tenha recebido os recursos, seja recurso de medicação, seja recurso de terapia, de acompanhamento terapêutico, às vezes não vai ter a melhora que a gente busca e às vezes, a gente se frustra. Lá é um lugar que acaba, que aumenta a esperança da gente de ver as coisas darem certo. É... a maioria de nós, conforme a gente, na graduação e às vezes, na residência, a gente é muito treinado, buscando conseguir o objetivo, que seria uma melhora, a cura ou o atenuar do sofrimento e a gente tem que lidar, ao longo da atividade profissional, com o que seriam os fracassos ou com as limitações, independente do esforço, não deu o resultado que a gente queria. Lá é um lugar bom que a gente acaba, essa esperança das coisas darem certo, essa esperança é renovada, na maioria dos grupos tá, na maioria das experiências que a gente vê. Isso é um sentimento bom que a gente tem”.

(Antônio, médico, residente de psiquiatria do 3º ano)

Antônio descreve uma vivência de impotência e frustração diante das dificuldades enfrentadas na área da saúde mental, considerando que *“às vezes, por mais que a gente se esforce, por mais que o paciente tenha recebido os recursos, [...] às vezes não vai ter a melhora que a gente busca e às vezes, a gente se frustra” [sic]*. E, diante desta realidade, ele aponta o GCSM como um espaço de renovação da esperança, na medida em que *“aumenta a esperança da gente de ver as coisas darem certo” [sic]*. Nesse sentido, na medida em que as potencialidades e recursos dos pacientes podem emergir no espaço do grupo, permitindo ao profissional olhá-los sob uma nova perspectiva, este processo parece implicar também em um

resgate da esperança, por parte do profissional, diante do outro, de si mesmo, assim como do trabalho em saúde mental.

5.5 O GCSM como experiência formativa

Nesta categoria são abordados, na percepção dos entrevistados, os desdobramentos e repercussões da experiência vivida com o GCSM no percurso de formação em saúde mental e também para outros contextos. Foi subdividida em duas subcategorias, a saber: *Repercussões na dimensão pessoal*; *Repercussões na dimensão profissional*, entendendo-se que esta divisão é meramente didática, tendo em vista que se trata de uma pessoa única, que contempla ambas as dimensões.

5.5.1 Repercussões na dimensão pessoal

Entre as repercussões destacadas pelos entrevistados em relação à sua experiência com o GCSM está uma maior atenção e apropriação das vivências cotidianas.

“[...] Eu percebo que depois que eu conheci esse modelo, eu comecei a reparar mais nas coisas e a guardar mais coisas. Por exemplo, eu assisti um filme há umas três semanas atrás e eu fiquei muito com a sensação daquele filme, por muito tempo assim, aquilo me marcou de uma maneira muito funda e eu acho que eu só consegui reparar que eu fiquei muito marcada pelo filme porque eu tava reparando que ‘olha, nossa, aconteceu uma situação’ e eu voltava a pensar no filme, ‘nossa gente, esse filme me marcou mesmo’. Então, essa sensibilidade de começar a reparar melhor as coisas [...] e o quanto que isso traz saúde, reparar nessas pequenas coisas, no quanto isso faz a gente ficar mais feliz, mais atento, de reparar nessas pequenas coisas que acontecem, que é claro que acontecem coisas difíceis no dia-a-dia, mas essa possibilidade de tá aberto ao que a música nos traz, ao que a poesia nos traz, a tá atento a essas experiências do dia-a-dia, que isso traz uma qualidade de vida, traz uma felicidade assim, pra mim, no dia-a-dia”.

(Jaqueline, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

“Uma coisa que eu comecei a levar pra outros espaços e que talvez o espaço do Grupo Comunitário tenha me ajudado é ter esse olhar diferente sobre as mesmas situações. Por mais que a gente fale, ‘nossa, que clichê’, mas é uma coisa difícil de ter, uma coisa difícil e que quando eu tava lá e ouvia as pessoas falando de situações, às vezes banais do dia-a-dia, de uma outra forma, quando eu tava passando essas situações, não parecidas, mas qualquer situação que me gerasse angústia, que me gerasse tristeza, ou que eu ficasse estressada, irritada, eu comecei a tentar amenizar isso e começar a ter um outro olhar pra aquilo que tava acontecendo, pra aquela angústia, pra aquela tristeza, que eu acho que não é uma coisa fácil assim”.

(Roberta, residente de Psiquiatria do 2º ano)

“É mais de ser uma coisa que eu acho que me ajuda a me sentir bem, a lidar com as coisas, enriquece a minha vida de experiências positivas e me ajuda inclusive em horas difíceis. É uma estratégia que aprender isso me ajuda. Então, eu me sinto bem quando estou lá, consigo perceber isso me ajudando em outros momentos [...] Em vários momentos, em que eu me peguei percebendo coisas ao redor de mim, coisas que, às vezes, já aconteciam antes, mas eu não percebia ou não valorizava, eu acho que isso me ajudou, me ajudou a trazer mais significado pras coisas que eu tô vivendo e que eu acho que hoje, a minha vida e a cultura em geral favorecem a gente a não perceber. Então, eu acho que isso me ajudou e outra coisa que me ajudou foi que aí permite que coisas de fora me atinjam e isso é uma coisa que me muda e isso é uma coisa que eu acho boa. Quando eu tô aberta a perceber coisas de fora, me surpreender com coisas que tão acontecendo ao meu redor, isso me modifica. Não é uma coisa que vem de mim, é uma coisa que vem de fora e me acrescenta”.

(Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Jaqueline descreve um movimento de maior apropriação das vivências cotidianas, que lhe permite *“reparar mais nas coisas e a guardar mais coisas” [sic]*, promovendo uma maior atenção diante das situações rotineiras, como ouvir uma música ou assistir um filme. E esta maior apropriação da realidade cotidiana é significada, em sua percepção, como algo que *“traz uma qualidade de vida, traz uma felicidade assim, pra mim, no dia-a-dia” [sic]*. De modo semelhante, Roberta chama a atenção para a possibilidade, apresentada pelo GCSM, de *“ter esse olhar diferente sobre as mesmas situações” [sic]*. Nesse sentido, ela se refere a uma oportunidade de ressignificação, diante de situações corriqueiras do dia-a-dia, assim como a uma mudança de percepção em relação a acontecimentos e sentimentos vivenciados que, segundo ela, *“não é uma coisa fácil” [sic]*, mas carrega em si um potencial transformador na construção de sua pessoa e de sua saúde mental.

Clara também ressalta o potencial de ajuda, contido no modelo proposto pelo GCSM, pois de acordo com ela: *“me ajuda a me sentir bem, a lidar com as coisas, enriquece a minha vida de experiências positivas e me ajuda inclusive em horas difíceis” [sic]*. Ela destaca duas potencialidades percebidas, em sua vida, em relação à proposta, que inclui a possibilidade de atribuir novos significados às circunstâncias e experiências vivenciadas, anteriormente, valorizando o momento presente, e uma maior abertura à realidade externa e ao que essa carrega de potencial modificador.

Outra repercussão, percebida pelos entrevistados, em relação à sua participação no GCSM foi um processo de transformação e amadurecimento pessoal, como sugerem os relatos a seguir.

“À medida em que a pessoa traz algo que a toca, que me toca também, ela conta uma experiência e a história dela e de como ela conseguiu lidar com alguma coisa ou como algo provocou nela um sentimento ou fez ela transformar, fez ela enxergar o mundo de uma forma diferente, eu acho que aí também eu consigo ouvir esse relato e esse relato consegue chegar em mim e causar uma transformação, em que eu posso olhar pro meu próprio relato ou pro meu dia-a-dia de uma forma diferente, né. Antes, provavelmente, eu só via de uma forma ou nem via e esse meu dia-a-dia, essa minha experiência, isso que eu trouxe pode se tornar uma forma de aprendizado infinito, porque eu posso olhar pra aquilo de outra forma, de várias outras formas e ao olhar pra aquilo de outra forma, eu consigo olhar pra mim mesmo de outra forma. [...] Então, eu acho, ah, eu sou extremamente grato. Eu acho que minha palavra pro Grupo Comunitário é sempre de muita gratidão, por expandir meu olhar, por me dar uma capacidade de pensar e de sentir além da que eu tinha, eu sou extremamente grato. [...] Acho que a palavra mesmo é gratidão, pela oportunidade de conseguir enxergar os outros diferente, de enxergar a vida de uma forma diferente e me enxergar também diferente, né, de que muitas pessoas ali tem coragem de fazer isso, né e de que eu posso ir abandonando meus medos também e ter essa mesma coragem pra me deixar transformar”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Eu me tornei uma pessoa muito mais atenta ao que tá acontecendo ao meu redor e isso me melhorou muito como pessoa assim, em vários âmbitos, eu sinto que eu tô mais sensível às coisas sabe, mas de uma forma positiva, não de uma forma negativa. Creio que tô muito melhor comigo mesmo, porque passei a entender já algumas coisas que eu não entendia, minhas mesmo, algumas experiências que eu tinha passado, que eu falava ‘nossa, mas porque aconteceu isso?’ e aí igual hoje, acho que a Renata que falou de transformar, acho que a tristeza, num combustível pra você passar pra uma fase adiante, sabe. Esse tipo de coisa você vai somando, vai te limpando por dentro e você fica bem. [...] Eu acho que aí, quando você melhora como pessoa você melhora tudo ao seu redor também, como profissional, como namorado, como mulher, sei lá, como amigo. Então, eu acho que é um exercício que a gente faz aqui, realmente contínuo, tem que ser contínua a coisa, que vai te despertando pra vida, eu acho. Você começa a dar valor em coisas que você não dava antes, igual eu te falei um bom dia, por exemplo, ou um abraço de um pai, um abraço de uma mãe, um amigo que manda um sorrisinho no whatsapp e já alegra seu dia. São coisas assim, que você começa a prestar atenção no que tá acontecendo ao seu redor, não só olhar, mas começa a perceber mesmo [...]. Eu me sinto muito bem, tem me ajudado também a olhar mais pras experiências de uma forma um pouco mais cautelosa assim, com um pouco mais de carinho. Não deixar passar em branco e isso faz toda a diferença, faz toda a diferença”.

(Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

“Eu acho que o Grupo Comunitário modifica um pouco o seu jeito de ser. Eu não vejo o Grupo Comunitário como ‘ah, isso aqui só acontece no Grupo Comunitário’. Eu acho que acaba que ‘ah, esse negócio acontece comigo’. Eu acho que o Grupo Comunitário vem um pouquinho no modo de eu pensar, tanto faz eu tá dirigindo, tá no carro ou com meus amigos ou comendo no restaurante, acaba que o pensamento do Grupo Comunitário vem junto, automaticamente, assim, de pensar ‘ah, se eu contar uma experiência aqui, se eu contar algo interessante, eu acho que vai ser muito mais legal do que se eu tentar colocar de outro jeito, tentar teorizar ou tentar raciocinar’. Então, acaba que o Grupo, eu não vejo o Grupo Comunitário em vários lugares, eu vejo o Grupo Comunitário em mim e eu em vários lugares. [...] Eu acho que o Grupo ele fez, [...] primeiro ele me fez enxergar, me entender melhor. Eu acho que ele me fez, no meu dia-a-dia conseguir me entender melhor e eu acho que ele me fez entender as outras pessoas melhor, ele me fez ter uma comunicação muito

mais fácil com as outras pessoas. Acho que ele me fez perder um pouco desse medo, de não deixar as coisas passar batido e essa relação distorcida que eu tinha com as outras pessoas, [...] eu acho que ele me fez entender um pouco melhor, me entender um pouco melhor e entender um pouco mais as pessoas”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Jorge descreve um sentimento de gratidão para com o GCSM, uma vez que percebe, a partir da participação no mesmo, uma expansão de seu olhar e de sua maneira de pensar e de sentir. Nota-se, por meio do depoimento de Jorge uma transformação de si e da forma de enxergar a vida, trazida por meio do contato transformador com outras pessoas, que lhe permite, em suas palavras *“ir abandonando meus medos também e ter essa mesma coragem pra me deixar transformar” [sic]*. Nesse mesmo enquadre, Gabriel aponta para uma transformação pessoal, frente à possibilidade de ressignificar acontecimentos passados e ampliar a compreensão acerca de sua pessoa. Ele descreve este processo como uma oportunidade de melhorar *“como pessoa” [sic]*, pois em sua opinião, a possibilidade de realizar o exercício proposto pelo GCSM *“vai te despertando pra vida”* e lhe permite *“dar valor em coisas que você não dava antes” [sic]*. Nesse sentido, ele revela uma atitude de maior cautela e carinho frente às experiências e ressalta o papel transformador deste processo em sua vida.

Este aspecto transformador se mostra presente também no relato de Miguel, para o qual *“o Grupo Comunitário modifica um pouco o seu jeito de ser” [sic]*. É possível observar, através de seu depoimento, uma incorporação da proposta do GCSM, que já não se reduz ao momento do encontro semanal, mas se torna presente em seu dia-a-dia, por meio de um movimento de aproximação e valorização das experiências cotidianas. Além disso, Miguel ressalta uma maior compreensão acerca de si e do outro, assim como uma modificação na maneira de se comunicar e se relacionar com as outras pessoas, percebida a partir de sua vivência no GCSM.

Alguns entrevistados apontaram, ainda, como repercussão de sua participação no GCSM, a possibilidade de extrapolação de sua proposta para outras esferas de sua vida, incluindo a familiar.

“[...] com a correria da vida: estudo, trabalho, casa, você acaba esquecendo de alimentar esse teu lado emocional. Às vezes, você chega em casa, por exemplo, pelo tempo é só boa noite, banho e cama. Eu não consigo ter uma conversa direito em casa, não porque eu não quero, mas porque não dá tempo, porque meus pais têm que levantar cedo e aí eu tenho que levantar um pouquinho mais tarde que eles

e aí acaba se encontrando num horário muito pequeno e acaba não perguntando como foi teu dia. E o Grupo Comunitário, pelo fato de você ter por volta de uma hora e meia, se não me engano, você acaba tendo esse elo, que você não consegue ter em casa, pelo fato da correria, aqui dentro. Uma vez eu comentei com a minha mãe sobre isso e minha mãe brincou assim ‘nossa, eu acho que eu vou começar a participar, porque aí eu começo a ouvir também e ver um pouco mais você’, porque a vida da gente é tão corrida, que a gente não consegue fazer isso direito. E aí o que a minha mãe começou a fazer, de segunda a sábado todo mundo corre e no domingo é sagrado. Então, todo mundo, aí a gente tem o nosso encontro comunitário dentro de casa. [...] Então, no domingo ficou tipo um domingo pra gente, porque com a correria da semana, do dia-a-dia não tem como, às vezes é um oi, bom dia, boa noite e tchau e no domingo a gente consegue prosear, por exemplo, às vezes, assiste um programa, um filme com todo mundo, ouve uma música todo mundo, de parar e de ouvir a outra pessoa. [...] É gratificante, porque assim, eu tava sentindo falta disso dentro de casa e aí eu comentei com a minha mãe e minha mãe ‘então, vamos tentar’ e a gente tentou e acabou dando certo. E eu percebi que isso pra ela, pra todo mundo da casa fez bem, porque a gente tava assim, por causa da correria, a gente tava esquecendo algo precioso que a gente tem que é a família e fazendo isso, podendo retomar isso dentro de casa é bom porque a gente fazendo isso no domingo parece que a semana fica mais leve, porque você conversou com as pessoas que você gosta, você esteve presente com quem você gosta”.

(Letícia, graduanda de Terapia Ocupacional do 1º ano)

“Teve uma que foi muito legal, assim, acho que foi a minha primeira experiência, depois que eu entendi o grupo pra valer, [...] que é o seguinte: toda páscoa minha mãe faz um arroz com coco. É uma tradição de família já faz um tempão e a gente tem vários parentes em São Paulo, em outros lugares e eles vem todos pra cá e aí eu tava lá na páscoa, sempre tinha arroz com coco normal, como toda vez. Só que aí, com essa percepção, eu vi que o arroz com coco não era o principal, entendeu. Era só uma desculpa pra tá todo mundo junto e pra se reunir. E eu vi as pessoas conversando, rindo uma com a outra e falei ‘nossa, olha que especial isso’. É um arroz com coco só e as pessoas tão todas aqui, reunidas, a família tá toda junta aqui e isso foi lindo. Eu achei muito especial e eu falei ‘nossa, gente, não tinha percebido isso’, tipo vinte e tantos anos, toda páscoa tem e pra mim sempre foi só um arroz com coco, mas na verdade não: é um motivo pra todo mundo tá junto aqui, reunido, feliz, perto um do outro”.

(Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

Letícia revela que, frente às demandas do dia-a-dia, que não lhe possibilitavam ter um relacionamento mais próximo com sua família, pôde se apropriar do convite realizado pelo GCSM, de maior atenção e elaboração dos acontecimentos cotidianos, e juntamente com sua família criar uma nova forma de estar e de se posicionar frente à realidade. Desse modo, por meio da realização do “nosso encontro comunitário dentro de casa” [sic], Letícia revela um movimento de valorização da família e da possibilidade de encontro, pois segundo ela “no domingo a gente consegue prosear, por exemplo, às vezes, assiste um programa, um filme com todo mundo, ouve uma música todo mundo, de parar e de ouvir a outra pessoa” [sic]. E, diante deste processo, ela destaca um sentimento de gratidão ao conseguir

resgatar uma dimensão valiosa para si, porque, em sua opinião, *“por causa da correria, a gente tava esquecendo algo precioso que a gente tem que é a família” [sic]*. Da mesma forma, Gabriel relata a ressignificação de uma experiência familiar, a partir daquilo que foi aprendido no espaço do GCSM, que lhe permitiu olhar de outra forma para uma situação que se repetiu muitas vezes em sua vida e enxergar para além daquilo que estava aparente, pois segundo ele *“eu vi que o arroz com coco não era o principal, entendeu. Era só uma desculpa pra tá todo mundo junto e pra se reunir” [sic]*.

Nesse sentido, observa-se, com base nos relatos anteriores, que a proposta do GCSM, de maior atenção e empenho às experiências cotidianas é significada de maneira pessoal pelos entrevistados e pode colaborar na construção da própria saúde mental, bem como no processo de amadurecimento pessoal.

5.5.2 Repercussões na dimensão profissional

Ao longo das entrevistas, os participantes apontaram algumas repercussões, que têm percebido acerca de sua participação no GCSM, em outros contextos de formação e atuação profissional. Nesse sentido, os relatos abaixo destacam a descoberta de novas possibilidades para se pensar e desenvolver o cuidado em saúde/saúde mental, como repercussão da experiência vivida com o GCSM.

“Eu acho que é muito rico o jeito que trabalha aqui, de ter experiências [...] Fica muito mais fácil a comunicação, não só como pacientes, mas como pessoas, você trabalhar com sentimento, com exemplo, com experiência, é muito mais fácil você se comunicar, tanto com amigos como no ambulatório, se você quiser criar um vínculo com o paciente, você contar uma experiência sua numa terapia, num grupo. [...] mas a proposta do Grupo Comunitário, eu acho que é a vida. Você olhar as experiências eu acho que é uma forma terapêutica, muito saudável, pra qualquer lugar, tanto a área de emergência, você mostrar pra um paciente, conversar com ele, ver que você pode chegar e conter o paciente na maca ou chegar e conversar com ele e tentar entender qual que é a experiência que ele tá tendo ali, porque que ele tá fazendo aquilo, que que você pode ajudar. Então, são pontos que em qualquer lugar você pode usar essa mentalidade assim. Eu não vejo nenhum lugar que não caberia”.

(Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

“[...] o fato de você tá nessa posição, de não tá superior ao paciente, em alguns momentos é muito bom, até na sua consulta individual com o paciente, de realmente aprender a enxergar o paciente como ser humano, eu acho que em alguns momentos, empoderar o paciente, responsabilizar o paciente pelas coisas dele, sabe, diferente, por exemplo, se eu fosse endócrino, ‘ah, você não vai comer açúcar’. Nesse caso, eu acho que é muito bom, assim, e é terapêutico e no final eu acredito que dá um melhor resultado, assim. Por exemplo, eu peguei um paciente ontem, que

ele tem transtorno afetivo bipolar e ele parou de tomar o ácido valpróico dele, porque ele achava que tava dando sonolência e tal e podia tá dando mesmo, mas sem o ácido valpróico ele podia recorrer na doença e pra ele ia ser muito ruim recorrer, mas a questão é você fazer, tá no mesmo nível do paciente, no sentido de que, 'oh, a gente tem que olhar junto pro tratamento, não é eu quero, você quer, vamos olhar porque você parou, você acha que não teria outras formas, tentar tomar em outros horários' e você dando alternativas, em vez de impor, você tratando da mesma, em uma relação horizontal o paciente, eu acredito que é mais terapêutico".

(Paulo, médico, residente de psiquiatria do 2º ano)

"Muitas vezes, a gente fica tentando tirar, eu falo tirar assim, diminuir um sentimento, né, sei lá uma tristeza. Aí você fica lá, até no trabalho assim, no contato do dia-a-dia, você fica 'ah, mais o paciente tá ruim, o paciente tá isso, o paciente tá triste e tal'. Aí você fica batendo naquela 'nossa, preciso tirar a tristeza, preciso melhorar isso, isso e isso' e aí você acaba não tendo um olhar pras coisas que ele já melhorou, sabe. Deixar de ter essa visão compartimentada me ajudou a tentar resgatar esses lados, do que ele melhorou, do que é mais saudável, do que que ele gosta, do que que ele já gostou, pra começar a fazer um tratamento diferente, começar a pensar de forma diferente. Às vezes, não dá pra gente diminuir o que é patológico, né, o que é doente, mas dá pra gente às vezes, aumentar o que é saudável, né, fazer esse contraponto, assim. E acho que ter essa visão me ajudou nesse sentido, assim. Não que você vai deixar assim, o paciente sintomático, se sentir deprimido, não é isso, mas encarar com outros olhos, né, aquele processo, encarar que, mesmo estando deprimido, né, e a gente vai tratar essa depressão, mas pode ser que, sei lá, tal coisa não melhora. Então, vamos tentar buscar outras coisas que estão melhor, que podem melhorar, pra ajudar na qualidade de vida, eu acho que mais ou menos nesse sentido".

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Miguel aponta a apropriação das experiências como um elemento facilitador da comunicação com os pacientes, pois, em sua opinião *"você trabalhar com sentimento, com exemplo, com experiência, é muito mais fácil você se comunicar" [sic]*. Observa-se em seu relato, uma ampliação das possibilidades de estar com os pacientes e desenvolver o cuidado, reconhecendo o outro como sujeito de sua própria vida. Essa perspectiva fica evidente também quando ele faz referência a um contexto ambulatorial: *"chegar e conter o paciente na maca ou chegar e conversar com ele e tentar entender qual que é a experiência que ele tá tendo ali, porque que ele tá fazendo aquilo, que que você pode ajudar" [sic]*.

De forma semelhante, Paulo aponta a vivência da horizontalidade, vivenciada no GCSM, como um recurso que lhe permite ao mesmo tempo *"aprender a enxergar o paciente como ser humano" [sic]* e *"em alguns momentos, empoderar o paciente, responsabilizar o paciente pelas coisas dele" [sic]*, o que em sua opinião, *"é terapêutico e no final eu acredito que dá um melhor resultado" [sic]*. Ele cita o exemplo de um atendimento que realizou, quando diante de um caso em que o paciente parou de tomar a medicação, pôde se posicionar de modo diferente,

discutindo possibilidades, juntamente ao paciente, ao invés de impor determinada conduta.

Roberta também relata uma ampliação do olhar para o paciente e para o cuidado desenvolvido, na medida em que pode ver além da doença e das limitações do paciente, centrando a atenção em suas potencialidades. Observa-se ainda que o foco da atenção se desloca da doença para a pessoa adoecida, o que não significa, segundo Roberta, *“que você vai deixar assim, o paciente sintomático, se sentir deprimido, não é isso, mas encarar com outros olhos né, aquele processo”* [sic], visando inclusive, à melhora de qualidade de vida, o que revela uma ampliação das possibilidades de cuidado em saúde mental.

Ainda nesse sentido, os relatos seguintes descrevem ganhos em relação à atuação prática em saúde, que os entrevistados percebem associados a uma maior aproximação de si mesmo e do outro.

“Eu acho que, uma vez que eu consigo olhar pra mim mesmo, fora dos papéis que na minha cabeça eu tinha designado e aí eu pude me surpreender até comigo mesmo, com coisas que eu nem esperava que eu tivesse, eu acho que isso me ajudou a enxergar as pessoas, os pacientes diferente, tipo assim, a gente vai muito ‘ah, esse é o paciente tal, que é esquizofrênico’, quando você pode dizer ‘tudo bem, ele tem uma doença, mas isso não invalida que ele possa ter outros papéis na vida dele, que ele possa ter outros recursos’ e me deixar surpreender, né, pelas pessoas, pela própria história de vida das pessoas, poder enxergar os outros de uma forma diferente e eu acho que, uma vez que eu consiga enxergar os outros diferente, talvez eu consiga, por exemplo, passar pro próprio paciente ou pra família dele que ele pode ser enxergado de uma forma diferente, porque eu acho que quem tá lá no Grupo Comunitário acaba aprendendo isso. [...] Então, eu acho que é um recurso de saúde muito poderoso, a medida, por exemplo, que um paciente esquizofrênico consegue se ver, não só como esquizofrênico, mas como um filho que contribui com alguma coisa em casa, como alguém que consegue, por exemplo, me dizer algo, que toca o médico. [...] Então, assim, poder resgatar esse outro lado nas pessoas, no dia-a-dia é algo que eu não faria talvez se eu não tivesse participado do Grupo Comunitário, porque no dia-a-dia eu tava treinado só em uma coisa: na doença, sintoma, diagnóstico, remédio, assim, às vezes, esquecia, por mais que a gente pense assim, de conversar, de conhecer a pessoa, mas realmente esse conhecer a pessoa como um potencial terapêutico, porque até então, ‘ah, eu conheço meus pacientes’, e vou conhecer eles porque, assim como eu conheço, sei lá, meu vizinho, é alguém que tá em contato comigo, vou querer conhecer, mas essa busca pelo conhecer o outro no sentido de até me surpreender com essa outra pessoa que eu possa conhecer, porque antes eu conheceria e pronto, ‘ah, tá bom, interessante, sei lá, ele sabe pintar’, mas isso tem um potencial muito grande, de transformação mesmo do próprio paciente. E na saúde mental, então fazer esse resgate da pessoa como um todo, dos outros como pessoas, que vão além de modelos ou de rótulos, que eu posso surpreender, que pode ser inesperado é uma fonte de aprendizado muito grande e isso é um recurso de saúde mental, um aprendizado muito grande”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“Se a gente melhorar a gente primeiro, as coisas vão começar eu acho que a fluir melhor, porque tem sido essencial pra mim, eu tenho tido uns olhares diferentes pras coisas. Não é fácil assim, você tem que fazer muito exercício, tem que tá a fim mesmo, mas depois que você entende isso é maravilhoso, assim, seu tratamento melhora, as coisas não te atingem de uma forma tão violenta como antes, o que é violento você consegue transformar em coisas boas, ao seu favor e do paciente também. Tem sido essencial pra minha melhora como profissional de saúde [...] com os pacientes, lá na faculdade é... essa capacidade de olhar um pouco pra experiência do outro tem me feito muito bem, porque eu tenho conseguido, às vezes, ele chega pra mim e fala ‘ah, hoje eu briguei com a minha mãe’, aí eu tento enxergar o porque aconteceu aquilo e se ele quer falar sobre aquilo e ele falando sobre aquilo, a gente cria um laço, criando um laço, eu sinto que o tratamento é muito mais efetivo com ele, do que se eu não tivesse falado isso, entendeu. Então, eu tento trazer ele um pouco mais pra mim, pra perto de mim, entender um pouco mais ele e ele fica mais à vontade comigo e eu também com ele, porque ele se aproxima, rola aquela sintonia que eu te falei e parece que o tratamento flui de uma forma muito melhor, muito mais efetivo, sabe, e assim, na fisioterapia, a gente trata muito o físico, mas a mente tá junto, entendeu. Então, a gente tem que saber lidar com isso [...] E isso tem feito muito bem pra mim. Eu tenho percebido que meus pacientes têm melhorado muito mais, até porque não é só corpo, a gente tem a mente, então tem que tá junto a coisa e promover essa saúde mental, nem que seja por dez minutos nele, me faz melhorar o físico também”.

(Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

Jorge destaca em seu relato, a surpresa ao perceber em si mesmo *“coisas que eu nem esperava que eu tivesse” [sic]* e ao se olhar de uma nova forma consegue enxergar também seus pacientes sob uma nova perspectiva, reconhecendo neles recursos que era incapaz de perceber, quando o foco estava *“na doença, sintoma, diagnóstico, remédio” [sic]*. Observa-se que Jorge descreve uma maior abertura diante do outro, que emerge a partir do momento em que deixa de olhá-lo como algo já dado, para conhecê-lo na sua especificidade e, diante disto revela a possibilidade de levar esse aprendizado para seu cotidiano profissional, como um *“recurso de saúde mental” [sic]*, no cuidado ao outro.

Nesse mesmo sentido, Gabriel aponta a necessidade de auto cuidado, sendo esse um aspecto essencial para a construção da sua pessoa como um profissional de saúde. Ele descreve que *“olhar um pouco pra experiência do outro” [sic]* tem repercutido em seus atendimentos, lhe permitindo ter uma escuta mais atenta ao outro e estabelecer uma relação de maior proximidade com os pacientes e, em sua opinião, ao adotar essa postura, *“o tratamento flui de uma forma muito melhor, muito mais efetivo” [sic]*.

Os entrevistados destacaram ainda como repercussão de sua participação no GCSM, novas possibilidades de ser e estar em um cotidiano profissional, conforme descrito nos relatos a seguir.

“Eu acho que um aprendizado, né, um aprendizado de um olhar diferente do que tá acontecendo no dia-a-dia, tanto pra minha própria história, quanto pro paciente que tá ali comigo, uma atenção diferente pro que tá acontecendo no trabalho, trabalho em equipe, trabalho com o paciente, eu acho que principalmente, isso. E uma coisa de juntar, de entender que tem suas dificuldades, mas no meio daquela dificuldade, se eu tiver a capacidade de enxergar aquilo como uma fonte de aprendizado e de que não é só a dificuldade que tá ali, de como tudo na vida tem uma parte boa e uma parte ruim e se eu conseguir ver além da parte ruim, eu consigo ver a parte boa também e isso vai equilibrar, numa balança e tornar o meu trabalho mais suportável, né, porque também lidar com o sofrimento todo dia é difícil, né. Então, eu acho que nisso, conseguir um aprendizado nesse ponto, aprender a olhar pro que tá acontecendo, a olhar pra mim mesmo, a olhar pras outras pessoas com várias possibilidades e me surpreender”.

(Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

“[...] quando eu penso num ideal de assistente social a seguir, o Grupo Comunitário tá aqui no meio [...] Eu penso no que a Jaqueline como assistente social precisa ser e aí eu penso muito nisso, que eu preciso sempre ter essa capacidade de tá sempre atenta, de tá sempre estudando, de tá sempre adquirindo mais conhecimento, mas também eu penso nesse ideal de como eu acho que um assistente social deve ser, ele não pode perder essa sensibilidade. Eu acho que é uma coisa que eu monto pra ter um norte assim, de como ser, porque o cotidiano profissional, ele às vezes é tão difícil, é tão amargo, tão duro, a gente encontra coisas tão difíceis e às vezes é tão fácil desanimar, que aí eu tento montar esse ideal. Acho que o meu processo de formação tá começando, né, então, eu penso que quando eu for pra prática, eu quero levar essas características, assim, ter um compromisso ético, um compromisso com a liberdade, esses compromissos todos que o código de ética orienta, mas também o que eu quero ser enquanto humana, assim, a postura humana que eu quero ter exercendo meu trabalho”.

(Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

“Um impacto que eu percebo é você, [...] de você ter um modelo diferente, de você sair um pouco do seu quadrado, assim, do jeito que você já tá acostumado a fazer as coisas, você ver que tem novas possibilidades, que um grupo não precisa ser, necessariamente, feito de acordo com um determinado modelo, que existem outros modelos possíveis, que pode ser positivo você falar uma experiência sua pro paciente... que, às vezes, você ter, acho que até poder ousar, né, fazer diferente, fazer de um jeito diferente do que você já tá acostumado, sabe, você ter essa coisa de saber que não precisa sempre seguir o mesmo modelo, não precisa sempre fazer as coisas do mesmo jeito. Você pode ousar, você pode mudar, você pode experimentar outros modelos, você pode experimentar outros jeitos de trabalhar, ou de participar, ou de tá num atendimento. Você pode, num tá ali só como um profissional, você pode tá ali, eu penso inclusive que é melhor quando você tá ali como pessoa também, não só como profissional. [...] Eu acho que isso facilitou, pra mim, justamente nisso, de eu falar, por exemplo, eu tô conversando com um paciente, ‘ah, essa semana teve uma pessoa com quem eu tava conversando que falou isso’, ou então falar ‘ah, eu já vi uma coisa parecida e tal’, e aí trazer uma experiência minha que eu acho que possa ajudar também a pensar de outra forma aquilo que um paciente tá falando no grupo, num grupo que não seja o Grupo Comunitário ou numa terapia [...]. Então, eu acho que ajuda a gente a ficar mais solto assim, pra você testar outras formas de tá ali junto com o paciente, assim num grupo em que você tá como profissional e paciente, num atendimento individual, em que você tem uma relação terapeuta-paciente, você poder não ficar rígido num papel”.

(João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental/ Psicologia)

“Eu acho que a gente fica muito preso às imagens que a gente faz, inclusive da gente mesmo, ‘ah, então a Roberta, da medicina, médica formada em Psiquiatria’, sabe, a gente vai se colocando essas ideias pré-fomadas sobre si e sobre o outro e quebrar isso é muito difícil, mas eu vejo isso como uma coisa importante, inclusive pra gente conseguir aproveitar o contato, consigo mesmo e com o outro, de uma forma diferente, né. Então, assim, nem sempre eu preciso tá com aquele paciente daquela forma, nem sempre eu preciso tá comigo mesma dessa forma, na mesma situação. [...] a partir do momento em que você começa a encarar suas limitações e que você começa a ver também esse outro lado saudável do paciente, essas outras faces né do paciente, você também se deixa mostrar, inclusive de se emocionar, de trazer uma coisa pessoal [...] Eu acho que isso também é quebrar essas imagens que a gente tem formado de si, senão a gente fica sendo o mesmo médico, da mesma forma, com a mesma visão, até sobre si mesmo”.

(Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Jorge percebe sua experiência com o GCSM como *“um aprendizado de um olhar diferente do que tá acontecendo no dia-a-dia, tanto pra minha própria história, quanto pro paciente que tá ali comigo, uma atenção diferente pro que tá acontecendo no trabalho, trabalho em equipe, trabalho com o paciente” [sic]*. Nota-se, em seu relato, a possibilidade de estabelecer um contato diferente com seu cotidiano profissional, na medida em que pode estar mais atento para si e para o outro, incluindo o paciente e a equipe profissional e esta atenção para o cotidiano lhe permite pensar sua prática de uma forma diferente, percebendo o que esta tem de dificuldades e de potencialidades. Este movimento parece trazer maior capacidade de enfrentamento para o profissional, na medida em que, de acordo com Jorge *“se eu conseguir ver além da parte ruim, eu consigo ver a parte boa também e isso vai equilibrar, numa balança e tornar o meu trabalho mais suportável, né, porque também lidar com o sofrimento todo dia é difícil” [sic]*.

Por sua vez, Jaqueline pontua o Grupo Comunitário como uma parte integrante de seu *“ideal de assistente social” [sic]*. Em sua opinião, o assistente social “ideal”, deve estar em contínua formação, assim como manter-se sensível diante do outro. O relato de Jaqueline é sugestivo de um movimento de maior integração entre as dimensões do “eu profissional” e do “eu pessoa”, pois, ao mesmo tempo em que ela destaca uma preocupação com os aspectos técnicos e éticos de sua formação, também demonstra um cuidado em relação à dimensão humana de sua prática, ou em suas palavras *“o que eu quero ser enquanto humana assim, a postura humana que eu quero ter exercendo meu trabalho” [sic]*. Nesse sentido, observa-se uma possibilidade de maior integração, do uso de espontaneidade e de maior capacidade de enfrentamento das dificuldades.

Tal aspecto perpassa também os relatos de João e Roberta, que apontam uma ampliação das possibilidades de ser profissional de saúde mental, na medida em que podem experimentar novas maneiras de exercer sua prática e de estar com o paciente ou, segundo João, *“ver que tem novas possibilidades, que um grupo não precisa ser, necessariamente, feito de acordo com um determinado modelo, que existem outros modelos possíveis” [sic]*. Como ressalta Roberta, não se trata de processo fácil, visto que exige do profissional a superação de *“ideias pré-fomadas sobre si e sobre o outro” [sic]*, mas apresenta como potencialidade uma maior liberdade criativa, que permite ao profissional (se) reinventar (em) seu cotidiano profissional.

O relato abaixo aponta ainda como repercussão da experiência vivida no Grupo Comunitário, uma apropriação diferente do conceito de tempo no campo da saúde mental.

“Ele (GCSM) serve, às vezes, como um freio. Na saúde em geral, a gente busca, às vezes, tem muita busca por protocolos, pelo empirismo, mais um empirismo buscando sinal e sintoma, às vezes, um empirismo que é uma busca muito rápida, às vezes, de melhorar sintoma, melhorar algo que sai do controle. O Grupo tem o empirismo dele, que é você, a partir das experiências, essas experiências servirem de modelo, mas acho que o Grupo Comunitário serve, às vezes, pra você dar tempo ao tempo, porque às vezes, a gente é afobado pra fazer mais rápido, melhorar mais rápido e o Grupo fala que, às vezes, a nossa afobação não ajuda, às vezes a gente tem que dá tempo ao tempo e às vezes isso é penoso. Isso serve como um alívio, às vezes, pra nossa impotência ou pra impotência do paciente”.

(Antônio, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano)

Antônio chama a atenção para uma exigência de resultados rápidos no tratamento em saúde mental e que, diante disto, *“o Grupo fala que, às vezes, a nossa afobação não ajuda, às vezes, a gente tem que dá tempo ao tempo” [sic]*. E esta possibilidade de ressignificar o tempo no âmbito da saúde mental, compreendendo-o como um processo torna-se, na opinião de Antônio, um alívio para o profissional, na medida em que este pode olhar de outra forma para a própria impotência vivida em seu cotidiano profissional.

DISCUSSÃO

---

6 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências de estudantes e profissionais em processo de formação com o Programa Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) e os desdobramentos de sua apropriação no percurso de formação profissional em saúde/saúde mental. Para tanto, acredita-se que a articulação entre as diferentes perspectivas, apreendidas por meio da análise dos depoimentos dos participantes e a interlocução com os referenciais teóricos adotados podem ampliar as reflexões acerca dos fenômenos descritos. A discussão foi dividida em quatro eixos: “Processo de transição paradigmática no campo da formação em saúde/saúde mental”; “Movimentos de (trans)formação: novas possibilidades de ser e se fazer profissional de saúde/saúde mental”; “(Trans)formação de olhares e concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico”; “(Trans)formação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental”.

6.1 Processo de transição paradigmática no campo da formação em saúde/saúde mental

A formação em saúde, durante a graduação dos estudantes e profissionais, foi descrita na categoria “*A formação em saúde/saúde mental*”. Essa categoria reuniu os seguintes aspectos: a) distanciamento afetivo em relação ao paciente; b) poucos espaços para discussão e reflexão em relação aos afetos e vivências dos estudantes, que emergem no contato com o outro; c) relações hierarquizadas entre professor-aluno, transpostas em certa medida para a relação entre profissional da saúde e paciente; d) centralidade do profissional e de sua autoridade no processo de cuidado.

Em relação ao distanciamento afetivo, observou-se que o mesmo foi percebido e vivenciado, pelos entrevistados, como um mecanismo de proteção perante o contato com a dor e o sofrimento do outro, revelando dificuldades em lidar com as dimensões da experiência do adoecimento humano, que transcendem a ação técnica do profissional, especialmente aquelas que lhe escapam do controle, como a morte. Nesse sentido, nota-se carência de recursos para lidar com as questões emocionais e humanas, que emergem no processo do cuidado, tanto as do

paciente, quanto as dos estudantes e profissionais que se encontram em formação, levando-os a adotar o distanciamento afetivo como estratégia de enfrentamento e proteção, diante de situações de sofrimento intenso.

Independentemente de possíveis dificuldades de natureza individual, percebe-se a partir das análises das experiências narradas pelos entrevistados, que as mesmas encontram-se atravessadas por uma dada concepção de cuidado em saúde, que pressupõe a cisão entre as dimensões técnica-instrumental e relacional-afetiva na ação do profissional. Nesse sentido, remete-se aqui a uma lógica formativa, perpassada pela racionalidade biomédica, compreendida como o paradigma hegemônico na medicina ocidental. Tal paradigma parte de uma epistemologia centrada na doença e na busca da lesão anatomopatológica correspondente e atravessa, além da prática e do saber médicos, o trabalho e a formação dos demais profissionais da saúde (Mattos, 2008).

Segundo a racionalidade biomédica, as causas da doença encontram-se na profundidade dos tecidos e, portanto, os critérios para sua definição não são visíveis e não podem ser apreendidos através da experiência dos sujeitos que adoecem. Assume-se uma dicotomia entre o sofrimento vivido pelo sujeito e a possibilidade de conhecer a doença que o produz, e na medida em que a doença constitui objeto concreto é necessário eliminar a subjetividade do paciente, vista como fonte de erros e distorções, para alcançar a objetividade da doença e empreender o processo de cura ou controle da doença (Barros & Gondim, 2014; Camargo Jr., 1992; Guedes et al., 2006).

Nesse contexto, as descrições dos entrevistados acerca das experiências vividas em seus cursos de graduação em saúde, revelam situações em que a ênfase do cuidado e do processo de aprendizagem recai sobre os aspectos técnico-científicos da doença, em detrimento do olhar para a pessoa adoecida e a vivência humana na relação estudante/profissional de saúde e paciente. Tal questão pode ser vista no depoimento do participante Jorge, que consta nas páginas 78 e 79 [p. 78-79], quando esse relata uma situação de atendimento a um paciente com paralisia cerebral e sua mãe, vivida em um estágio na graduação em medicina, na qual é chamado a centrar sua conduta nos aspectos técnico-instrumentais do caso, não encontrando espaço, na relação professor-aluno, para problematizar os sentidos de sua vivência humana diante do outro.

Deste modo, observa-se uma destituição do caráter subjetivo da experiência do adoecimento que, conforme apontam Goulart e Chiari (2010), promove a negação do sujeito da doença, reduzindo a relação do profissional de saúde à doença do sujeito. Essa redução da pessoa à doença, com primazia do campo biológico sobre as demais dimensões do processo saúde-doença é traduzida, no processo formativo, como ênfase na competência técnica e objetividade, e desvalorização das manifestações subjetivas na relação profissional-paciente, marginalizando-se ou mesmo negando-se as experiências de sofrimento, vivenciadas tanto por parte do paciente, quanto do profissional de saúde (Goulart & Chiari, 2010; Guedes et al., 2006).

Além do modelo de saúde, norteador do processo de aprendizagem profissional, outro elemento que se mostrou relevante, conforme depoimentos dos entrevistados foi o tipo de relação professor-aluno construído. A esse respeito, os estudantes e profissionais em formação chamaram a atenção para uma relação hierarquizada, que mantém o aluno afetivamente distanciado, afirmando a autoridade do professor na condução do processo educativo e carecendo de espaços reflexivos que favoreçam, além das trocas de saberes, as trocas afetivas durante o processo de aprendizagem.

Conforme pode ser observado em depoimentos dos entrevistados, a expressão de afetos e emoções, por parte dos estudantes é desestimulada pelos docentes, chegando em alguns casos a ser avaliada negativamente pelos mesmos, como visto no relato de Luana [p. 76], segundo a qual *“muitas vezes, muitas pessoas, até são punidos, quando, por exemplo, demonstra tristeza ou algo assim, durante um estágio [...] de professor falar, por exemplo, que a gente tem que saber lidar e que não pode se abalar com as coisas” [sic]*. O que revela, ao mesmo tempo, uma relação professor-aluno verticalizada, centrada na autoridade e distanciamento do professor e pautada por expectativas elevadas em relação ao aluno, esperando-se deste um alto nível de autonomia, incompatível com sua condição de pessoa em formação.

Rios e Schraiber (2012), em estudo que investigou a relação professor-aluno em escola médica no estado de São Paulo, observaram a presença de três tipos de relações pedagógicas: a) baseada na onipotência do professor, a qual assume um modelo de transmissão vertical do conhecimento, em que o aluno aparece como receptáculo do conhecimento e o professor como “entidade a-histórica”, responsável

pela transmissão mecânica do conhecimento e que se mantém distanciada dos aprendizes; b) baseada na desqualificação do aluno, que se pauta pela “pedagogia do medo”, valendo-se de estratégias de humilhação, constrangimento e mesmo violência para com o estudante, com base na crença de que a aprendizagem se processa pela dor e pelo sofrimento, de modo a produzir um profissional invulnerável e até mesmo “sobre-humano”; c) baseada na construção de vínculo, que reconhece o papel do professor, como modelo na aprendizagem e desenvolvimento de atitudes profissionais e visa afirmar o papel dos estudantes como sujeitos no processo de ensino-aprendizagem.

Embora o estudo centre-se na formação médica, é possível estender esses tipos de relações para outros cursos da saúde, sendo importante destacar, conforme apontam os autores, que o tipo de relação professor-aluno adotada reflete-se não apenas no processo de ensino-aprendizagem técnico, mas, especialmente, na transmissão de valores e comportamentos, que irão repercutir na relação dos próprios estudantes/futuros profissionais com seus pacientes, bem como na relação profissional-equipe. Os relatos dos participantes desta pesquisa, em consonância com tal perspectiva, apontam que relações afetivas distanciadas entre professor e aluno apresentam repercussão no distanciamento afetivo adotado também pelo futuro profissional em relação a seu paciente, da mesma forma que relações professor-aluno hierarquizadas e autoritárias parecem se refletir em relações profissional-paciente verticalizadas, pautadas pela centralidade do primeiro e de sua autoridade sobre o processo de cuidado e contato com o outro.

A este respeito, destaca-se o depoimento do participante Miguel [p. 80], no qual ele descreve uma lógica formativa centrada no saber, nos recursos e potenciais de ação do profissional de saúde, revelando uma concepção idealizada que afirma a hegemonia deste no processo de cuidado e na relação com o paciente, conforme aponta: *“Essa era a ideia que eu tinha de que toda ajuda, todo o pólo positivo da relação tava aqui e o paciente, pra melhorar teria que seguir o que a gente faz” [sic]*. Nota-se, portanto, um modelo de formação técnico-centrado, remetendo ao que Merhy (1998) aponta como a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, na medida em que o uso de tecnologias, equipamentos e procedimentos técnicos assume primazia sobre a escuta e o acolhimento do paciente.

Segundo o autor, para empreender a mudança no modelo de cuidado é indispensável adotar uma lógica de atenção à saúde usuário-centrada, com valorização das denominadas “tecnologias leves”, próprias aos relacionamentos e interações sociais, e que privilegiem a escuta, o acolhimento e o respeito ao outro. Para atuar sob essa lógica, se faz indispensável também a adoção de práticas de ensino usuário-centradas, que desde a graduação favoreçam a abertura do estudante para as sensações e emoções que emergem em seu contato com o outro, atentando-se para as possibilidades de “*experenciações* do cuidado e de si”, como oportunidades de desenvolvimento humano, tanto de si quanto do outro (Pinheiro & Ceccim, 2006, p. 27).

Nesse sentido, corrobora-se com Rosito e Loterio (2012), que afirmam a importância de se empreender o resgate da dimensão humana na formação do profissional de saúde, visando o desenvolvimento integral do ser humano. Segundo as autoras, o esvaziamento do sentido humano do conceito de cuidar na formação em saúde contribuiu para que a ação do profissional se reduzisse a um ato mecânico, distanciando-a dos sentidos e manifestações que qualificam o humano. Desse modo, a construção de um cuidado humanizado, atualmente almejado pelas políticas de saúde, necessita de um processo formativo humanizador, que estimule o amadurecimento emocional, o desenvolvimento da sensibilidade, e dos modos de ser e se relacionar com o humano.

Destaca-se que a visibilidade que está sendo dada aqui às relações professor-aluno, e aos processos pedagógicos adotados na graduação em saúde/saúde mental visa elucidar elementos que estão envolvidos na formação e conformação de determinado modo de ser profissional de saúde/saúde mental. Dessa forma, afirma-se que o ato pedagógico nunca é neutro, mas carrega em si contradições inerentes ao contexto histórico-social no qual está inserido (Cunha, 2010). Nesse sentido, aponta-se que, apesar de ter sido observada, através dos relatos dos participantes, uma lógica formativa perpassada por dimensões da racionalidade biomédica, isso não implica que a formação destes estudantes e profissionais possa ser reduzida a este modelo, considerando a dinamicidade do campo universitário, atravessado pela complexidade do universo social mais amplo, bem como por uma multiplicidade de fatores e interesses que disputam espaço e legitimidade dentro do campo (Oliveira & Catani, 2011).

A esse respeito, retomam-se os depoimentos dos participantes acerca das “*Experiências em saúde mental*”. Se por um lado, alguns entrevistados relataram um contato superficial com a área da saúde mental durante a graduação, caracterizada pela baixa carga horária destinada a disciplinas de saúde mental, carência de estágios práticos e pouco contato com o paradigma psicossocial, destacando uma realidade que condiz com a literatura (Macedo & Dimenstein, 2011; Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2015; Villela et al., 2013). Por outro lado, outros participantes destacaram que seus cursos de graduação oportunizam o conhecimento e a atuação em saúde mental, com possibilidade de desenvolvimento de estágios e projetos científicos na área.

Desse modo, observam-se diferentes situações de aprendizado no processo formativo destes estudantes e profissionais, assim como diferentes perspectivas e concepções teórico-metodológicas, que apontam para uma tensão paradigmática, que parece estar presente no processo formativo dos cursos da saúde/saúde mental, em que as novas perspectivas, afinadas a um modelo biopsicossocial, disputam espaço e legitimidade diante do modelo tradicional. Resultados semelhantes são descritos por Carneiro e Porto (2014), em estudo que investigou a inserção da saúde mental, por meio de disciplinas da área, em diferentes graduações da área da saúde, em duas universidades de Goiânia. Os autores observaram a coexistência de mensagens tanto do modelo biomédico quanto do biopsicossocial nos cursos, com predominância ora de um ora de outro, sobre os conteúdos e métodos de ensino adotados e a condução das atividades práticas.

Ainda nesse contexto, Rodrigues, Santos e Spriccigo (2012), analisaram o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental em cursos de graduação na área, no estado de Santa Catarina, por meio da consulta a seus Projetos Pedagógicos e Planos de Ensino e apontaram a existência de uma contradição a respeito do paradigma norteador do ensino nestes cursos. Os autores salientam a adoção de práticas e concepções teórico-metodológicas afinadas tanto ao modelo manicomial, quanto ao modelo psicossocial, não ficando clara a intencionalidade adotada pelos cursos em relação ao ensino da saúde mental.

Nesse sentido, torna-se importante considerar o processo de transição paradigmática pelo qual atravessa as áreas da atenção e formação em saúde/saúde mental. Conforme salientam Pereira et al. (2015) existem pontos de avanço e retrocesso, não tendo sido possível ainda alcançar um ponto de equilíbrio e

integração, sendo necessário destacar também a influência das políticas públicas, das lutas sociais e do conhecimento científico sobre a transformação do campo. Assim, a discussão e análise deste contexto mais amplo, bem como dos desafios que se colocam no campo da formação em saúde/saúde mental, se mostram essenciais para uma melhor compreensão sobre as vivências dos estudantes e profissionais em relação ao Grupo Comunitário de Saúde Mental, objeto do presente estudo.

6.2 Movimentos de (trans)formação: novas possibilidades de ser e se fazer profissional de saúde/saúde mental

Os contatos iniciais dos participantes deste estudo com o GCSM foram marcados pelo estranhamento em relação à proposta e pela dificuldade de compreensão e vivência da mesma, segundo aponta a categoria *“Primeiros contatos com o GCSM: um novo modelo”*. Ao se depararem com uma nova modalidade de grupo em saúde mental, diferente das experiências vividas, anteriormente, em seu processo formativo, os estudantes e profissionais em formação se viram confrontados com uma lógica de cuidado que subverte as posições, tradicionalmente, ocupadas por pacientes e profissionais e propõe um exercício recíproco de atenção às experiências cotidianas.

Nesse contexto, conforme se observa em *“O GCSM sob a perspectiva de estudantes e profissionais em formação: a horizontalidade em questão”* destaca-se uma dificuldade por parte dos entrevistados de experimentar o lugar proposto pelo GCSM, ou seja, de pessoa em encontro com outras pessoas. Nesse sentido, nota-se uma dificuldade por parte dos participantes, de se colocarem num lugar diferente daquele, tradicionalmente, aprendido e ocupado em seu processo de aprendizagem e formação profissional, ou seja, centrado em determinados posicionamentos e condutas que afirmam a centralidade e autoridade do profissional, de seu saber e de sua ação no cuidado em saúde/saúde mental. Um aspecto que pode ser observado em relação a esta dificuldade, descrita pelos participantes, diz respeito à identificação e incorporação de certos modos de ser, se reconhecer e agir como profissional de saúde/saúde mental, ou seja, os estudantes e profissionais em formação chegam ao espaço do GCSM com uma concepção, construída ao longo de seu percurso formativo, do que é um profissional de saúde/saúde mental e o que

se espera deste em um contexto de atenção. O que pode ser observado no relato do participante Jorge [p. 89-90], segundo o qual *“no início, eu pensava assim, eu fui muito com essa coisa, assim, ‘ah, eu sou residente e estou participando”* e *“não sentia que o grupo também era pra mim”*, revelando uma circunscrição das possibilidades de participação, apropriação e aprendizado no GCSM.

Barros (2006) destaca que a formação dos profissionais de saúde ainda é marcada, predominantemente, por um modelo prescritivo, que assume as características de “treinamento” previamente estabelecido e centrado na transmissão sequencial e vertical de conhecimentos, visando como produto um modelo profissional/pessoal “ideal”, que uma vez adquirido capacita o profissional a desempenhar suas atribuições eficazmente. Nesse sentido, a autora chama a atenção para os riscos de se produzir uma naturalização de modelos e discursos, que perpassam a formação e a prática profissional em saúde, restringindo as possibilidades criativas de reinventar e problematizar o próprio fazer.

Além desta dificuldade de se perceber e experimentar um modelo diferente nota-se que, para os entrevistados, a possibilidade de vivenciar a proposta do GCSM passa pela ruptura com uma lógica de atuação profissional, que pressupõe a cisão entre “pessoa” e “profissional”, conforme exemplificado pelo depoimento de João [p. 90], que destaca sua dificuldade em se colocar de forma mais pessoal no GCSM, por se sentir “preso” a um modelo em que *“você tá só como profissional, você não tá como pessoa” [sic]*. Nesse sentido, observa-se uma oposição entre estar no grupo na condição de “participante-pessoa” e participar do grupo na condição de “profissional”. Destaca-se que o termo “pessoa”, conforme empregado pelos entrevistados, mostrou-se associado às dimensões afetivas, relacionais e sociais do humano, bem como aos valores, crenças e a maneira singular do sujeito de compreender e conduzir a própria vida, enquanto que o termo “profissional” foi utilizado em um sentido de ação instrumentalizada do sujeito, legitimada por um conjunto de conhecimentos e técnicas, específicas a determinado campo profissional. Dessa forma, observa-se uma dissociação entre o ser “pessoa” e o ser “profissional”, fragmentando a totalidade do sujeito e reduzindo o ato do profissional de saúde às suas dimensões técnicas e instrumentais.

A análise sobre a formação recebida pelos estudantes e profissionais entrevistados, conforme destacado anteriormente, auxilia na compreensão dessa fragmentação, uma vez que os participantes apontaram uma desvalorização da

expressão emocional bem como um incentivo ao distanciamento afetivo do profissional para com o paciente. Nesse sentido, segundo Arruda e Arruda (2010), o pensamento linear e fragmentado, herdeiro do paradigma cartesiano, ainda se mostra infiltrado na formação e prática dos profissionais de saúde, perpetuando as clássicas dicotomias corpo/mente e razão/emoção. Assim, o estudante, geralmente, é exposto, ao longo do seu processo formativo, a uma lógica que desconsidera a complexidade do humano, centraliza a aprendizagem sobre os aspectos biológicos do adoecer e negligencia a questão emocional, associando-a a presença de “ruído” no processo de aprendizado. Ou, muitas vezes, quando a questão relacional é incorporada aos cursos de saúde é feita de uma forma prescritiva, como uma ação instrumental, que estabelece princípios como “saber ouvir”, “acolher”, que se centram muito mais no olhar técnico do que na vivência emocional do estudante (Silva Junior, Pontes, & Henriques, 2006). Nesse contexto compreende-se a dificuldade, descrita pelos participantes, em vivenciar a proposta do GCSM, uma vez que passaram por um processo formativo que, de modo geral, não olha integralmente para o sujeito que se encontra em formação profissional, cindindo cognição/emoção, objetividade/subjetividade, saúde/doença e pessoa/profissional.

Outro elemento a ser considerado, de acordo com a análise do *corpus* é que, por ser o GCSM um espaço de cuidado em saúde mental, ele desvela ainda a questão do estigma em relação ao adoecimento mental. Tal questão pode ser ilustrada pelo depoimento do participante Antônio [p. 91], que aponta um medo da identificação com o lugar de “paciente/doente”, levando-o a adotar uma demarcação do lugar de profissional, conforme destacado pelo mesmo: *“ah, eu ainda sou profissional aqui participando, mas prefiro não me expor”*. Dessa forma, a proximidade e a identificação a este “outro” parece ser vivida de modo ameaçador, estimulando a construção de barreiras, como expõe o entrevistado a respeito do vestuário: *“dá pra fazer uma diferenciação de quem é membro de equipe fixa, equipe móvel e quem são os clientes ou os pacientes, pelo tipo de vestuário” [sic]*, de modo a manter o profissional distanciado do paciente.

Nesse sentido, observa-se que a cisão pessoa/profissional, vivenciada pelos estudantes e profissionais em formação, no espaço do GCSM é perpassada também por um fenômeno que representa, ainda hoje, um entrave à efetiva consolidação do modelo psicossocial: a permanência de uma lógica manicomial, que se manifesta frequentemente de forma sub-reptícia, por meio de gestos, posturas, olhares,

relações institucionais, interprofissionais e interpessoais, que objetificam a pessoa em sofrimento psíquico e reafirmam como legítima a assimetria de direitos e poderes (Oliveira, 2009). A sutileza deste processo pode ser observada através de estudos que analisaram a presença de estigma em relação à doença mental, entre profissionais de saúde mental (Barreto, 2016; Figueiras, 2010; L. Batista, 2013). Conforme apontam essas pesquisas, o estigma geralmente se manifesta entre os profissionais, por meio de sentimentos, crenças e atitudes que são reproduzidos cotidianamente, de forma naturalizada ou encoberta, sem que se tome consciência do caráter estigmatizante dos mesmos, incluindo: a rotulação diagnóstica; a restrição da liberdade de participação dos pacientes nas escolhas de tratamento, baseada em uma crença de incapacidade dos mesmos; o pessimismo e descrença dos profissionais, em relação ao tratamento e recuperação dos pacientes, bem como em suas capacidades (Figueiras, 2010; L. Batista, 2013); e o desejo de distância social, em relação à pessoa em sofrimento psíquico, particularmente, na esfera privada, geralmente, associado a um receio do próprio profissional de desenvolver uma doença mental (Barreto, 2016; Figueiras, 2010).

Percebe-se que as dificuldades, descritas pelos participantes deste estudo, em relação à vivência do lugar de “pessoa” no GCSM, apresentam uma série de nuances, tais como: uma lógica formativa que fragmenta não apenas o conhecimento, mas a pessoa e a ação do profissional de saúde/saúde mental, em seu componente técnico-instrumental e relacional-afetivo; os desafios inerentes a consolidação do novo modelo de atenção em saúde mental; a superação de um modelo hierarquizado e verticalizado, que perpassa, historicamente, a construção das profissões de saúde. Portanto, compreende-se que a possibilidade de vivenciar a proposta do GCSM, em se tratando de um modelo inovador, constitui um processo que, no caso dos estudantes e profissionais em formação entrevistados, demandou a construção de vínculo com o grupo, bem como de maior segurança para se colocar no espaço na condição de pessoa, reconhecendo a mesma como parte integrante e não oposta do ser profissional de saúde/saúde mental. Tal movimento pode ser reconhecido em depoimentos como o de Jorge [p. 96], ao descrever a transformação de certo “modo” de ser profissional, mais rígido, fechado e estereotipado, em que o mesmo se percebe como *“o residente, que tá aqui participando do grupo” [sic]*, para a construção de um lugar profissional, no GCSM, mais flexível, aberto e singularizado pela experiência do próprio sujeito, segundo

narra: *“eu passei a aproveitar o grupo pra mim mesmo, muito assim, no sentido de me ajudar e no sentido de eu ajudar os outros como um participante” [sic].*

Barros (2006, p. 140-141) chama a atenção para o fato de que a formação dos profissionais de saúde, frequentemente, assume o aspecto de uma “fôrma”, que homogeneiza, padroniza e reproduz dado modelo de ser profissional. Para a autora é necessário desconstruir essas “formas-dadas” e pensar a formação tendo por base uma “política de invenção”, que evite cair tanto no extremo do “saber especialista”, que se julga pronto e acabado, quanto no extremo da “problematização ociosa”, ou seja, que não leva à ação. Portanto, a formação como política de invenção deve procurar manter uma tensão permanente entre a ação e a problematização, assumindo a incerteza como motor propulsor do conhecimento, mas sem se deixar paralisar, ousando novas práticas, novos jeitos de pensar e fazer, que devem ser continuamente problematizados, de modo a impulsionar o movimento criativo e criador.

Nota-se, no caso dos entrevistados, que essa possibilidade de se inventar de outro modo, como estudante e profissional de saúde/saúde mental, no espaço do GCSM, não significou o abandono da bagagem construída ao longo de seu percurso formativo, mas um repensar, um problematizar a respeito da mesma, se colocando na condição de “aprendiz artista” (Kastrup, 2005), que participa do processo criativo de sua própria formação. Importante destacar que este movimento, relatado por alguns dos estudantes e profissionais em processo de formação entrevistados, não se deu de forma mecânica, nem dependeu exclusivamente da compreensão teórica da proposta do GCSM. Mostrou-se como fundamental, ao longo deste processo de experimentar-se como pessoa no grupo, a vivência da proposta, conforme descrito pelo participante Jorge [96]: *“Eu acho que, principalmente, ver os outros, a coragem mesmo das pessoas que iam lá, falavam, que entravam em contato e as próprias coisas que eram compartilhadas ali e que iam me tocando [...] o que que aquilo provocava em mim” [sic].*

Abrahão e Merhy (2014) propõem que a formação em saúde seja vivida como um “acontecimento” e não simplesmente como “representação”, ou seja, que o processo formativo não se reduza à assimilação e interpretação de conceitos, mas que estes conceitos possam ser vividos, sentidos, experimentados, trazendo novas possibilidades de significação e ação a partir daquilo que toca o sujeito. Segundo os autores:

Há aqui uma diferença entre aquilo que vivenciamos e se torna uma experiência em nós, e o que vivenciamos e não nos afeta de modo a exigir novas significações. Há distinção entre ser algo que encontra sentido e nos toca, como um acontecimento, e aquilo que não nos traz para novos campos de sentidos (p. 314).

A análise dos depoimentos dos estudantes e profissionais aponta a possibilidade de, apesar das dificuldades, vivenciar a proposta do GCSM como “acontecimento” e não apenas como “representação”, ou seja, de gradativamente se permitir ser tocado, afetado pelos encontros e pelas trocas que ali se processam, de se abrir para si mesmo e para o outro e experimentar, nesses encontros, diferentes dimensões que compõem o humano: objetiva, subjetiva, emocional, sensorial, relacional, etc. Esse movimento, experimentado por alguns dos entrevistados, aponta também para uma ampliação dos modos de estar/se colocar em relação com o outro, conforme descrito pelo participante Miguel [p.101], acerca da passagem de uma marcada relação “médico-paciente” para “pessoa-pessoa”, que lhe permite romper com um tradicional modelo de relação profissional-paciente impessoal, hierarquizado e reducionista para se reconhecer, como pessoa em relação com outra pessoa, em que, de acordo com o mesmo: *“agora eu acho que no Grupo, eu não vejo mais os pacientes assim, ‘ah, tal pessoa tem um transtorno de personalidade, tal pessoa’, mas assim, aquela pessoa aproveitou uma experiência desse jeito, o que eu posso aproveitar dela” [sic]*. Destaca-se que este movimento não se refere a uma redução do sofrimento da pessoa do paciente, mas carrega em si, como potencialidade, o estabelecimento de um encontro mais autêntico, que se guie pelas necessidades e possibilidades humanas da díade.

Nessa perspectiva de maior abertura para si mesmo e para o outro se percebe o resgate de valores propriamente humanos, como a autenticidade, dignidade, solidariedade, afetividade e o respeito à individualidade humana (Backes, Koerich, & Erdmann, 2007). Conforme apontam Puggina e Silva (2009), para empreender o resgate daquilo que é próprio ao humano faz-se necessário considerar a dimensão ética. Para Ayres (2004, p. 19), a prioridade ética constitui o cerne da noção de humanização, entendida pelo autor como “um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o *compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum*” [grifo do autor].

Assim, humanizar as relações e práticas em saúde perpassa pela adoção de valores que orientem positivamente a vida e tal tarefa não pode ser mecanicamente construída, uma vez que depende das vivências, concepções, valores e afetos dos sujeitos (Backes et al., 2007; Puggina & Silva, 2009). Nesse ponto, a proposta do GCSM de ser uma experiência vivencial parece favorecer, de acordo com os relatos dos participantes dessa pesquisa e conforme apontado anteriormente, uma maior abertura para si mesmo e para o outro, ampliando o olhar acerca do humano, com suas potências e limitações, podendo superar reducionismos e estabelecer novas possibilidades de encontro humano com o outro, o que implica numa ampliação das possibilidades de atuação profissional. Nesse contexto, a literatura aponta a necessidade de criação de espaços que favoreçam o desenvolvimento do futuro profissional, do ponto de vista da pessoa humana, valorizando e integrando ao processo educativo aquilo que torna o sujeito um ser humano único, incluindo seus valores, crenças, história, cultura, desejos, emoções, de modo que o mesmo possa se identificar, se reconhecer e sentir-se implicado com aquilo que está sendo produzido (Backes et al., 2007; Martins & Albuquerque, 2007).

No entanto, esta não constitui tarefa fácil, conforme sugere a análise do *corpus*, visto que implica em um processo de mudança em relação a um modelo idealizado de profissional de saúde, reconhecido como detentor do conhecimento, da autoridade e do controle sobre o processo de cuidado em saúde, assim como pelo contato do mesmo com suas próprias fragilidades e limitações e com o “não saber”, o que rompe com o processo histórico de construção das profissões da saúde, marcado pela superioridade do saber do profissional sobre o não-profissional, que estabelece relações de dependência, tutela e vigilância sobre o outro (Mattos, 2008). Nesse sentido, foi possível observar que o movimento de (trans)formação, vivido por alguns dos entrevistados em sua experiência com o GCSM, exigiu a desconstrução de imagens e noções acerca do profissional de saúde “onipotente”, “sobre-humano”, “saudável”, que “não tem sofrimentos” e que “detém respostas prévias para os problemas do outro”, bem como o enfrentamento de uma série de barreiras, incluindo o medo da exposição e vulnerabilidade diante do outro, numa oscilação entre a onipotência (o profissional que sabe tudo e tem respostas) e a impotência (uma pessoa só com limites e fragilidades), sendo um desafio a possibilidade de encontro com a própria potência.

Ao mesmo tempo percebe-se que a ruptura com este modelo idealizado de profissional de saúde e a possibilidade de ressignificação do lugar de profissional como pessoa humana que estabelece relações de cuidado com outra pessoa humana só é possível em relação, conforme exemplificado pelo depoimento do participante Rodrigo [p. 104-105]: *“eu ver os pacientes desmistificando isso [onipotência do profissional] dentro deles e eu poder desmistificar isso dentro de mim, entende, é uma coisa que me aproximava deles e me aproximava de mim” [sic]*. A este respeito, corrobora-se com Santos (2001), que afirma que a ruptura com relações de poder e a construção de relações emancipatórias só é possível “em relação”, ou seja, “não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias” (p. 269), pois assim como relações de poder, de dependência, de tutela são reproduzidas por sujeitos em relação, sua ruptura e transformação também são de responsabilidade desses mesmos sujeitos, nas relações construídas.

6.3 (Trans)formação de olhares e concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico

Concomitantemente ao movimento de (trans)formação, observado em relação aos participantes desta pesquisa, no que tange aos modos de vivenciar a proposta do GCSM, percebeu-se também um movimento de (trans)formação das concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico. Nesse sentido, em um primeiro momento, como pode ser observado na categoria *“Ampliando olhares acerca da pessoa em sofrimento psíquico: da doença à potência”*, os participantes revelaram um olhar, acerca do usuário de serviços de saúde mental, marcado pela fragmentação e redução do mesmo à doença, incapacidade e carência de recursos, o que vai ao encontro de diversos estudos, que apontam a permanência, entre profissionais de saúde mental, das noções de periculosidade, agressividade, imprevisibilidade, incurabilidade, carência e cronicidade, historicamente construídas em torno da doença mental e do sujeito em sofrimento psíquico, o que contribui para a reprodução de uma lógica de tutela e exclusão (Jucá, Nunes, & Barreto, 2009; Machado & Pereira, 2013; Maciel, Maciel, Barros, Sá, & Camino, 2008; Miranda, Oliveira, & Santos, 2014).

Além disso, depoimentos como o do participante Miguel [p. 107], que descreve uma concepção inicial acerca da pessoa em sofrimento psíquico como

alguém que “*só vai melhorar a poder de remédio, que vai ser difícil*” [sic], revelam uma visão organicista e biologicista acerca da doença mental, que continua a permear a prática de muitos profissionais de saúde mental, reduzindo as possibilidades terapêuticas, exclusivamente, ao uso do medicamento, que, muitas vezes, assume a função de apaziguamento e contenção do paciente, frente às urgências (Leite, 2012; Machado & Pereira, 2013; Miranda et al., 2014). Nesse sentido, Fonseca e Jaeger (2012) chamam a atenção para os fenômenos de naturalização de diagnósticos psiquiátricos e reprodução de concepções e modos tradicionais de lidar com o adoecimento psíquico, revestidos de novos nomes e materializados em novos procedimentos e espaços. Os autores destacam a importância de estar atento à manutenção de uma lógica dicotômica e reducionista, que avalia, classifica, com base em um padrão social esperado e termina por patologizar o diferente, medicalizar e segregar o sujeito dentro dos próprios serviços substitutivos, reduzindo, muitas vezes, o universo social do usuário.

Trata-se de processo sutil que, muitas vezes, passa de forma despercebida pelos profissionais, conforme relata a participante Roberta [p. 106-107], ao descrever, em meio a sua participação no GCSM, uma mudança de olhar em relação ao usuário, de alguém “*doente*” para “*uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida*” [sic], chamando a atenção para a dificuldade por parte dos profissionais e da equipe de saúde mental em superar tais reducionismos. A esse respeito, observam-se duas questões relevantes, quando se pensa nos desafios que se colocam, atualmente, para a efetivação do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. A primeira, como mencionado anteriormente, consiste na histórica redução da pessoa em sofrimento psíquico à doença e ao diagnóstico psiquiátrico, dificultando que o profissional consiga enxergá-la para além da falta e da patologia. A segunda envolve uma tentativa de superar essa lógica centrada na doença, mas que acaba por cair em novo reducionismo, na medida em que o profissional tenta olhar para a pessoa que há por trás do diagnóstico, mas o faz com base em um “ideal de pessoa saudável”, passando a nortear suas ações pela busca de enquadrar ou aproximar a pessoa em sofrimento psíquico de determinados padrões de subjetividade e de vida, socialmente dominantes, como bem ilustra o depoimento de Roberta [p. 106-107]: “*ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável*” [sic].

Severo e Dimenstein (2009) lançam crítica à clínica fundamentada no diagnóstico psiquiátrico, que se mostra predominante nos serviços substitutivos de saúde mental. Segundo as autoras, o diagnóstico tem sido utilizado como critério definidor de parâmetros de normalidade/anormalidade, transformando-se em referência identitária para o sujeito, que então, passa a nortear a própria vida pela busca incessante de se enquadrar em um “ideal de homem saudável”. Nesse sentido, os “serviços substitutivos produzem, constantemente, ‘usuários peritos’, que podem administrar a sua medicação, cuidarem de si, serem autônomos” (p. 65), mascarando um histórico processo de assujeitamento, que busca homogeneizar as diferenças e criar modos de ser e viver padronizados, com base em modelos instituídos socialmente. As autoras destacam ainda que, se a reforma psiquiátrica avançou em termos de reinserção social, o mesmo não ocorreu em relação aos modos da sociedade lidar com a loucura. Desse modo, apontam que “não há uma efetiva produção de saúde sem transformações sociais” (p. 66), cabendo aos serviços substitutivos de saúde mental importante papel na produção de subjetividades singularizadas, que possibilitem ao sujeito não apenas o acolhimento e compreensão acerca de seu próprio sofrimento, mas o auxiliem também na invenção de outros modos possíveis de ser e viver.

Sob esse contexto, observa-se que as experiências, vividas pelos estudantes e profissionais em formação, em seu contato com os usuários de serviços de saúde mental, no espaço do GCSM, carregam a possibilidade de ampliação, pelos primeiros, de concepções construídas acerca desses. Tal questão pode ser exemplificada pelo relato de Antônio [p. 108] ao descrever o caso de um paciente “desacreditado” pelo próprio profissional, que se sentia impotente frente à ineficácia dos recursos terapêuticos utilizados até então e que, em uma situação diferente da convencionalmente vivida, na relação profissional-paciente, ou seja, no contexto do GCSM, pôde ampliar seu olhar e se surpreender com o outro. Portanto, observa-se que a possibilidade de os estudantes e profissionais em formação presenciarem, vivenciarem e compartilharem de outras facetas da pessoa do usuário de saúde mental, no contexto do GCSM implica em uma maior incorporação da perspectiva do “sofrimento como um dado e não mais totalidade de uma biografia” (Trajano & Silva, 2012, p. 30). Isso contribui para a desmistificação da pessoa em sofrimento psíquico, conforme aponta o participante Paulo [p. 109], *“você vê um paciente com esquizofrenia, que escreve poesia muito melhor que você, isso é desestigmatizante”*

[sic], por permitir ao estudante/profissional olhá-lo para além de pré-concepções e se surpreender com outras facetas da pessoa que, muitas vezes, não encontram espaço para se manifestar em um contexto tradicional de atendimento.

Além disso, observa-se que a possibilidade dos usuários poderem compartilhar experiências, histórias, percepções no espaço do GCSM, no sentido de contribuírem, assim como os demais participantes, com o trabalho grupal de apropriação das vivências cotidianas, permite romper com um lugar demarcado em torno do discurso da pessoa em sofrimento psíquico, que o circunscreve à patologia e/ou à compreensão diagnóstica. Nesse sentido, os estudantes e profissionais em formação podem ouvir o usuário falar de si, para além dos sintomas e da doença, como portador de outras histórias, outras possibilidades de ser/existir, como pessoa humana.

Destacam-se as potencialidades de empoderamento em saúde mental, contidas nessa perspectiva, na medida em que permite romper com relações de saber/poder que colocam a pessoa em sofrimento psíquico sob a condição de assujeitado, para fazê-la emergir sob o lugar de sujeito potente, que pode estabelecer relações de troca com o profissional de saúde e participar como co-autor do processo de produção do cuidado em saúde mental. Horochovski e Meirelles (2007), afirmam que o empoderamento é um conceito complexo e multidimensional, que vai desde a esfera individual à global e se manifesta através de graus variados, de acordo com maior ou menor nível de coerção e controle social. Para os autores:

Numa perspectiva emancipatória, empoderar é o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades angariam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão. Nesse sentido, equivale aos sujeitos terem poder de agenda nos temas que afetam suas vidas (p. 486).

Ressalta-se nessa concepção o protagonismo dos sujeitos, sua participação nas agendas políticas e sociais, portanto, seu direito de cidadania e o caráter processual do empoderamento, que perpassa pela construção e conquista de direitos, não podendo o mesmo ser compreendido como um atributo ou bem que uma pessoa ou organização concede a outra. Desse modo, compreende-se que, no campo da saúde mental, o empoderamento é uma construção e conquista coletiva, que envolve a participação de diferentes atores, incluindo usuários, familiares, profissionais e sociedade mais ampla no processo de crítica e desconstrução de

relações de opressão, exclusão e dominação, consolidadas e reproduzidas historicamente (Alves, Oliveira, & Vasconcelos, 2013).

Com base nas análises efetuadas nessa pesquisa pode-se afirmar que a proposta de trabalho do GCSM, ao favorecer a realização de encontros entre pessoas humanas, conforme relato dos participantes, contribui com a redução do estigma em torno da pessoa em sofrimento psíquico, possibilitando aos estudantes e profissionais em formação desmistificar conceitos reducionistas e estereótipos, centrados na patologia, na falta e impotência, para entrar em contato com as potencialidades humanas contidas no outro, (trans)formando seu olhar diante do mesmo e o lugar ocupado por esse na relação profissional da saúde-usuário de serviços de saúde mental. Ressalta-se que está sendo considerada, nesse trabalho, a perspectiva dos estudantes e profissionais em formação entrevistados e que para um maior aprofundamento dessa questão, acerca do empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico, no contexto do programa GCSM, se fazem necessários novos estudos, que incorporem também o olhar e a perspectiva dos usuários.

6.4 (Trans)formação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental

A experiência dos estudantes e profissionais em formação com o GCSM gerou, na percepção dos mesmos, algumas repercussões, conforme apontado na categoria “*O GCSM como experiência formativa*”. No que tange à dimensão pessoal, os participantes destacaram como repercussões: uma maior atenção e apropriação das vivências cotidianas; uma ampliação na capacidade de perceber e compreender a realidade, bem como a si mesmos e uma modificação na maneira de se comunicar e de se relacionar com os outros. Do ponto de vista profissional, os entrevistados destacaram como repercussões o contato com novas possibilidades de pensar e desenvolver o cuidado em saúde/saúde mental, bem como a apropriação e ampliação da proposta de horizontalidade do GCSM para outras situações e contextos profissionais.

Nesse sentido, a vivência e apropriação da proposta do GCSM e sua extrapolação para outros contextos, parece ter contribuído com a ampliação das possibilidades de compreensão e desenvolvimento do cuidado de si e do outro, bem como do olhar para a complexidade e multiplicidade dos modos de ser/existir humanos. Tal aspecto pode ser elucidado por meio de depoimentos como o de

Jorge [p. 118], ao descrever uma ampliação das oportunidades de encontro e cuidado ao outro, na medida em que consegue empreender uma *“busca pelo conhecer o outro, no sentido de até me surpreender com essa outra pessoa que eu possa conhecer, porque antes eu conheceria e pronto, ‘ah, tá bom, interessante, sei lá, ele sabe pintar’, mas isso tem um potencial muito grande, de transformação mesmo do próprio paciente” [sic]*.

Remete-se, portanto ao que Abrahão e Merhy (2014) definem como a “biopotência” do encontro humano no processo de produção do cuidado em saúde, sendo essa compreendida como a possibilidade, contida no contato com o outro de produzir, de potencializar a vida. Para os autores, quando o encontro entre profissional de saúde e usuário se desenvolve sob essa dimensão, “alarga as possibilidades de escuta, de fala, de gestos, de odores, de observação, de toques, de sabores, de olhares, ou seja, amplia os elementos sensíveis e de pensamento empregados na produção do cuidado” (p. 318). Observa-se, assim, uma ampliação da perspectiva de cuidado como produção de encontros, de subjetividades, de vida, em que o interesse autêntico pelo outro permite ao profissional reconhecer e se apropriar dos pequenos detalhes que se revelam no encontro com o mesmo, como exemplificado pelo relato de Jorge em relação à pintura, dando origem a fecundas oportunidades de construção de outros “modos de subjetivação”, aqui compreendidos, conforme Merhy e Franco (2003), como o espaço relacional, produzido nos encontros entre sujeitos, que só existe através de “intercessões em ato” (p. 317), ou seja, na ação do encontro.

Sob essa perspectiva do cuidado, que implica na produção de encontros, de subjetivação e de vida (Abrahão & Merhy, 2014) opera-se também uma transformação das práticas em saúde. Visando elucidar tal aspecto, remete-se ao depoimento de Miguel [p.116], em que o mesmo aponta a importância do exercício de atenção à experiência cotidiana, contido na proposta de trabalho do GCSM, para o processo de cuidado em saúde mental, elencando diversas possibilidades de incorporação do mesmo em seu cotidiano profissional, como, por exemplo, na comunicação com colegas de trabalho, na criação de vínculos com os usuários, em contexto de atendimento individual ou em grupo e no acolhimento ao outro. Nota-se que essa percepção amplia as possibilidades de ação do profissional, não ficando o mesmo restrito a dimensão técnica-instrumental, pois nesse contexto a produção do vínculo e do cuidado apresenta outras e variadas alternativas de estruturação, que

não existem previamente, pois são delineadas no contato com o outro, ou conforme destaca Miguel: *“ver que você pode chegar e conter o paciente na maca ou chegar e conversar com ele e tentar entender qual que é a experiência que ele tá tendo ali, porque que ele tá fazendo aquilo, que que você pode ajudar” [sic]*.

A esse respeito, Ayres (2004) chama a atenção para a importância, no processo de produção do cuidado em saúde, da *“permeabilidade do técnico ao não técnico”* (p. 22), compreendendo-se que tais dimensões estão interligadas e que o diálogo entre as mesmas amplia os contornos do fazer em saúde, expande o território das ações, particularmente, no que tange ao fator qualitativo, pois interessa o significado que o uso de diferentes recursos e tecnologias de saúde adquire perante a existência do outro. Observa-se que este processo contribui também para maior implicação do profissional de saúde com seu fazer, pois na medida em que o mesmo assume essa condição de “permeabilidade” em seu processo de trabalho, pode se reconhecer como agente que produz e se produz em ato, no encontro com o outro, conforme destacado, por exemplo, por Miguel, em relação à possibilidade de delinear diferentes condutas terapêuticas, a partir de seu encontro com o usuário.

Nesse contexto, remete-se ainda ao conceito de “trabalho vivo”, definido por Merhy (2002), como o trabalho que se desenvolve em ato, no exato momento da ação do trabalhador e que interage com instrumentos, normas, tecnologias, “dobrando-se e desdobrando-se” sobre as mesmas. Nesse sentido, distingue-se do “trabalho morto”, incorporado às máquinas, instrumentos, e saberes estruturados, que não gera nenhum produto, pois corporifica um trabalho que já foi realizado. Na área da saúde, o trabalho vivo ocupa posição central, tendo em vista que o trabalho nessa área é essencialmente relacional, ou seja, pressupõe um encontro entre seres humanos e, portanto, são subjetividades em relação que operam os atos produtivos do cuidado. Contudo, tal centralidade não impede que os profissionais de saúde sejam, muitas vezes, capturados pela lógica do trabalho morto, reduzindo o processo de produção do cuidado à dimensão técnica-instrumental (Franco & Merhy, 2012).

Observa-se, portanto, a importância de se operar o cuidado em saúde/saúde mental sobre o território do trabalho vivo em ato, atualizando a potência criativa do fazer em saúde e explorando novas formas de produzir (se) com o outro. O mesmo se aplica à formação de profissionais de saúde/saúde mental, apresentando-se como desafio, segundo destacam Franco e Merhy (2012) a possibilidade de

“atualizar a potência da vida, na potência da formação” (p. 321). Sob essa perspectiva e com base na análise do *corpus*, destaca-se como desdobramento da experiência com o GCSM, vivida pelos estudantes e profissionais em formação, entrevistados, o resgate dessa potência do existir humano, que só se atualiza no encontro com o outro, com destaque para o convite, contido na proposta de trabalho do grupo, de transitar por diferentes espaços existenciais, produzindo relações de afecção, em meio à tarefa de produzir (se) no cotidiano, inclusive profissional.

Tal processo parece favorecer maior espontaneidade, criatividade e liberdade no exercício de aprendizagem profissional, conforme elucidado pelo relato de João [p.120], que descreve um movimento de ampliação e abertura de si mesmo frente à multiplicidade de possibilidades de ser/estar em um cotidiano profissional, apontando o contato com o modelo inovador, proposto pelo GCSM, como um impulsionador nesse movimento criativo: *“você ver que tem novas possibilidades, que um grupo não precisa ser, necessariamente, feito de acordo com determinado modelo, que existem outros modelos possíveis” [sic]*. Ressalta-se aqui a presença de dois pontos importantes, nesse processo, já apontados anteriormente, que compreendem: 1) a possibilidade do estudante/profissional (se) experimentar (n)esse novo modelo, vivenciando outros modos possíveis de aprender a ser profissional de saúde/saúde mental, ou seja, a experiência aparece, segundo apontam Abrahão e Merhy (2014), como elemento dinamizador da formação, permitindo ao aprendiz produzir-se em formação, em meio aquilo que é vivido, sentido e significado; 2) uma maior integração da pessoa do profissional, que amplia suas possibilidades humanas de estar com o outro em uma relação de cuidado.

Para Abrahão e Merhy (2014), a criatividade faz parte dos encontros intercessores, ou seja, o gesto criativo nasce em meio ao movimento da vida humana, em suas infinitas possibilidades de expressão. No campo da formação em saúde, os autores destacam a importância de se produzir rupturas nos modos e modelos rígidos e cristalizados do agir pedagógico, abrindo espaço para a emergência do gesto espontâneo, para novas e criativas maneiras de ensinar e aprender, de cuidar de si e do outro, nos encontros vivos produzidos entre estudantes, professores, usuários e profissionais. Observa-se que tal espontaneidade e liberdade criativa no processo de aprendizagem e exercício profissional, ampliam não apenas as possibilidades, caminhos e maneiras de desenvolver o cuidado em saúde/saúde mental, como expandem também as

estratégias de enfrentamento utilizadas pelo estudante/profissional para lidar com as dificuldades e necessidades que surgem no cotidiano dos serviços.

Sob esse contexto, o olhar interessado e implicado para os eventos do cotidiano humano, como propõe o GCSM, é apontado por alguns entrevistados como uma fonte de aprendizado transposta para seu cotidiano de formação/atuação profissional, que lhes permite desenvolver novas e diferentes maneiras de olhar, pensar, vivenciar a realidade e demandas do serviço, assim como as relações estabelecidas nesse espaço, criando estratégias diversas, modos de ser/estar e se posicionar frente à mesma, que auxiliem tanto no cuidado prestado ao outro, quanto na atenção à sua própria saúde e bem-estar, durante o exercício profissional. Tal aspecto pode ser observado no relato de Jorge [p. 120], em que este destaca a possibilidade de lançar novos olhares para seu cotidiano profissional, como estratégia que lhe permite estabelecer um contato mais realista com o processo de trabalho em saúde/saúde mental e encontrar maior equilíbrio entre as dificuldades e positivities presentes em seu trabalho, ou segundo aponta: *“se eu conseguir ver além da parte ruim, eu consigo ver a parte boa também e isso vai equilibrar, numa balança e tornar o meu trabalho mais suportável”*.

Sob essa perspectiva, conforme destacado por Merhy (2007), remete-se à importância da construção de arranjos e contextos que promovam o cuidado e autocuidado dos profissionais de saúde/saúde mental, considerando o grande dispêndio de energia e vida experimentado pelos mesmos. O autor chama a atenção para os processos de exaustão e tristeza, vividos por muitos profissionais de saúde, em seu cotidiano profissional, na medida em que os mesmos, ao oferecerem alívio às dores e sofrimentos dos outros, não encontram espaços para o alívio de suas próprias tensões. Sugere, então, que a “alegria”, e o “alívio produtivo” - compreendido como a possibilidade de desopressão, contida no trabalho vivo em ato, que permite ao profissional ressignificar seu próprio fazer produtivo - sejam tomados como dispositivos de análise e escuta do cotidiano do trabalhador, no sentido de avaliar também os processos que produzem seu inverso, ou seja, de tristeza e exaustão, ampliando, assim, entre a própria equipe de saúde, as possibilidades de autogestão e produção de vida no trabalho e em seus trabalhadores.

Destaca-se, portanto, a importância de programas que ofereçam, desde o início do processo de formação em saúde/saúde mental, um espaço de aprendizado

que envolva o acolhimento, cuidado e apoio social aos estudantes, profissionais em formação e inclusive profissionais já formados. No caso do GCSM percebe-se, pelas repercussões apontadas pelos entrevistados, que tal experiência contribui com uma maior atenção às vivências cotidianas e ampliação da capacidade de percepção, compreensão e contato com a realidade, consigo mesmo e com o outro, auxiliando no desenvolvimento de mais amplos recursos afetivos e relacionais, indispensáveis tanto para a produção do cuidado ao outro quanto para o cuidado de si. Tal questão pode ser ilustrada pelo depoimento de Jaqueline [p. 111], em que a participante destaca como ressonância de sua experiência com o GCSM, uma maior apropriação da realidade cotidiana, o que, segundo a mesma, implica em vivências de “saúde”, “qualidade de vida” e “felicidade”.

Observa-se que tais atributos, empregados pela participante para descrever os benefícios percebidos em relação à adoção de uma postura de maior atenção às experiências do dia-a-dia, não implicam em negação da realidade, conforme destaca a própria Jaqueline *“é claro que acontecem coisas difíceis no dia-a-dia” [sic]*, mas remetem à noção de felicidade, conforme proposto por Ayres (2004), como “uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional” (p. 19). Para o autor, a reconstrução das práticas de saúde, visando à sua humanização perpassa, necessariamente, pelo compromisso com a felicidade humana concebida, conforme apontado acima, a partir de uma relação indissociável entre experiência vivida e os “valores que orientam positivamente a vida” (p. 19). Corrobora-se com o autor, estendendo-se tal concepção ao processo de reorientação da formação profissional em saúde/saúde mental, pois conforme assinala Ayres (2004), tomando por base essa concepção ampliada de felicidade, é possível transcender tanto um idealismo paralisante - pois embora se reconheça a singularidade intrínseca à vivência de felicidade, parte-se dos valores validados como “bem comum” - quanto um reducionismo, que circunscreve as práticas de saúde, bem como a formação profissional a um horizonte normativo e estritamente tecnocientífico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como foco as experiências de estudantes e profissionais em processo de formação com uma modalidade inovadora de grupo em saúde mental, o Grupo Comunitário de Saúde Mental, no intuito de apreender as repercussões e desdobramentos da apropriação de tal vivência em seu percurso de formação profissional em saúde/saúde mental. Destaca-se que tal experiência compreende um momento no percurso formativo dos entrevistados, que por sua vez, situa-se em um contexto mais amplo perpassado por mudanças, em processo de consolidação, envolvendo o modelo norteador da formação profissional na área da saúde. Acrescido a isso se encontram os desafios na área da saúde mental relativos à consolidação do modelo psicossocial de atenção.

Nessa perspectiva, a experiência dos estudantes e profissionais entrevistados com o GCSM, dispositivo de cuidado em saúde mental que se encontra afinado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, mostrou-se influenciada pela história de formação em saúde/saúde mental, vivida pelos participantes. Assim, tendo atravessado um processo formativo caracterizado, de modo geral, pela centralidade e autoridade do profissional em relação ao paciente, bem como pelo distanciamento afetivo, os estudantes e profissionais experimentaram um estranhamento ao se depararem com um espaço que os convidava a se colocarem de modo pessoal. Conforme sugere a análise do *corpus*, a horizontalidade das relações, proposta no espaço do grupo, suscitou uma série de questionamentos, por parte dos entrevistados, acerca do lugar do profissional de saúde/saúde mental em um contexto de cuidado e dos modos de relação profissional-paciente.

Foi descrita uma série de dificuldades em experimentar o lugar de pessoa no Grupo Comunitário, incluindo o medo da exposição e vulnerabilidade diante do outro e o contato com suas próprias fragilidades e limitações. Observou-se que a cisão pessoa/profissional, apontada pelos entrevistados, acerca de suas vivências no espaço do GCSM, está permeada por uma lógica formativa que promove uma cisão entre as dimensões técnica-instrumental e relacional-afetiva, bem como pela desvalorização da dimensão humana na formação profissional. De maneira geral, os entrevistados relataram que, com a participação mais sistemática na atividade, ocorreu uma mudança em seu modo de se colocar no GCSM, com maior abertura para vivenciar o encontro com os demais participantes e compartilhar experiências

peçoais. Destaca-se que tal mudança ocorreu de forma diferenciada para os participantes, dependendo das características de cada um, suas histórias peçoais e profissionais, bem como se mostrou ligada ao tempo de participação do entrevistado no GCSM, estabelecimento de vínculo, à vivência e apropriação da proposta.

A vivência da proposta do GCSM, no nível do “acontecimento” e não apenas da “representação”, conforme os definem Abrahão e Merhy (2014), revelou como possibilidade, por parte entrevistados, um movimento de (trans)formação dos modos de ser e se fazer profissional de saúde/saúde mental e de se colocar em relação com o outro. Nesse sentido, o contato com outras dimensões de si mesmo e a possibilidade de integrar a dimensão técnica e humana parece ter favorecido, entre os entrevistados, um processo de ruptura com um modelo idealizado de profissional de saúde/saúde mental, favorecendo um olhar mais realista acerca de si mesmo.

Concomitantemente, a maior proximidade dos entrevistados com os usuários, estimulada pelo convite do GCSM de promover encontros entre pessoas e seu reconhecimento sob uma mesma condição humana parece ter contribuído para uma (trans)formação de olhares e concepções acerca da pessoa em sofrimento. O contato com outras facetas dos usuários de serviços de saúde mental, a escuta de suas experiências cotidianas, de suas histórias, que transcendem a dimensão da falta, da patologia, da impotência possibilitou uma redução de estereótipos e do estigma acerca da pessoa em sofrimento psíquico.

A vivência e apropriação da proposta do GCSM, de atenção às experiências cotidianas, revelaram diferentes possibilidades de extensão e incorporação da mesma em outros contextos. A este respeito foram observadas repercussões nas dimensões peçoais e profissionais, que sugerem uma ampliação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental, a partir: de uma perspectiva de cuidado mais relacional, intersubjetiva, que se dá no encontro singular com o outro; da potência criativa do fazer em saúde/saúde mental; do desenvolvimento de recursos afetivos e relacionais no cuidado ao outro e a si mesmo.

Considera-se que este estudo traz contribuições no que tange a formação profissional em saúde/saúde mental, em particular a partir da análise da participação vivencial no Programa GCSM. Auxilia ainda o debate mais amplo acerca dos desafios que envolvem a reconfiguração da formação profissional na área da saúde, visando à sua reorientação para os princípios e diretrizes do SUS e, especificamente, no campo da saúde mental, para a consolidação do modelo

psicossocial de atenção. Como limitação do presente estudo, destaca-se que foi possível analisar o relato de uma pequena parcela de participantes do GCSM (estudantes e profissionais em formação), circunscrito ao local de realização do mesmo. Apesar disso, acredita-se que as entrevistas oportunizaram uma compreensão acerca das possibilidades formativas, a partir da participação no Programa GCSM. Ressalta-se ainda que, neste estudo foi trabalhado o relato dos estudantes e profissionais em relação a sua própria vivência no programa. Nesse sentido, novos estudos são necessários visando aprofundar tal questão. Sugere-se o acompanhamento longitudinal de estudantes e profissionais em formação no GCSM e o modo como participam do mesmo, de modo a apreender as nuances desse processo, bem como suas singularidades, generalidades e interrelações com o contexto mais amplo de formação.

Poderiam ser desenvolvidos ainda, estudos que incluíssem profissionais já formados, investigando, sob a percepção dos mesmos, as repercussões da participação nesse modelo sobre o tipo de cuidado prestado. Finalmente, como este estudo restringiu-se ao GCSM, desenvolvido no contexto do Hospital-Dia e considerando a variedade de espaços em que, atualmente, o mesmo ocorre, como por exemplo, em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, novas pesquisas podem ampliar a compreensão dos impactos dessa modalidade de grupo, em diferentes contextos do âmbito da saúde, para a formação profissional nessa área.

Considera-se que a proposta vivencial, presente no modelo do GCSM, apresenta contribuições tanto do ponto de vista técnico da formação quanto no que tange ao desenvolvimento humano dos profissionais de saúde/saúde mental. Ao favorecer o resgate do sentido humano do cuidar, por meio da promoção de encontros entre pessoas, a proposta do GCSM revela como potência, na formação profissional, o aprendizado de outras possibilidades humanas de estar e desenvolver o cuidado *com* o outro. Nesse sentido, traz avanços para se pensar na formação realizada em serviços-escola, no campo da saúde mental, tendo em vista que a principal tecnologia utilizada nesta área é o próprio trabalhador e que compreender os processos formativos pode colaborar para a consolidação do modelo psicossocial de atenção.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

- Abrahão, A. L., & Merhy, E. E. (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 313-324. doi: 10.1590/1807-57622013.0166
- Aguiar, R. A. T. (2003). *A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais). Recuperado de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-76RHW7/raphael_augusto_teixeira_de_aguiar.pdf?sequence=1
- Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. H. A., Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, R. M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 356-362. doi: 10.1590/S0100-55022008000300010
- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2234-2249. doi: 10.1590/S0102-311X2010001200003
- Alves, C. R. L., Belisário, S. A., Lemos, J. M. C., Abreu, D. M. X., D'Ávila, L. S., & Goulart, L. M. H. F. (2013). Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 157-166. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200002&lng=en&tlng=pt.
- Alves, R. (2004, 26 de outubro). A complicada arte de ver. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u947.shtml>
- Alves, T. C., Oliveira, W. F., & Vasconcelos, E. M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 51-71. doi: 10.1590/S0103-73312013000100004
- Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In S. Fleury (Org.), *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* (pp. 163-186). São Paulo, SP: Lemos Editorial.

¹ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Amarante, P. (1999). Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In M. I. Fernandes (Org.), *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 47-53). São Paulo, SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro, RJ: Nau.
- Arruda M. P., & Arruda L. P. (2010). O profissional da saúde como um mediador de emoções. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 770-774. doi: 10.5216/ree.v12i4.12261.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. doi: 10.1590/S0104-1290200400030003
- Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdmann, A. L. (2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 34-41. doi: 10.1590/S0104-11692007000100006
- Baeta S, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es.
- Barbosa, E. C. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85-102. doi: 10.5585/rgss.v2i2.51
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Barretto, R. S. (2016). *Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral* (Dissertação de Mestrado, Departamento de Estudos em Violência, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz). Recuperado de <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4546>
- Barros, L. F. F., & Gondim, D. S. M. (2014). Integralidade na assistência em saúde: desafios e impasses. *Revista Científica da FMC*, 9(2), 15-24. Recuperado de <http://www.fmc.br/revista/V9N2P15-24.pdf>.
- Barros, M. E. B. (2006). Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In R. Pinheiro, R. B. Ceccim, & R. A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (2a ed., pp. 131-150). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO.

- Basaglia, F. O. (Org.) (1982). *Scritti Basaglia II (1968-1980). Dall'apertura del manicômio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F., Ongaro, F. B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., ... Slavich, A. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. In P. D. C. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Batista, C. B. (2013). Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi*, (38), 97-125. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&tlng=pt>.
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899. doi: 10.1590/S0104-12902011000400007
- Batista, L. T. M. B. (2013). *Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Recuperado de https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=613265
- Batista, S. H. S. S., Jansen, B., Assis, E. Q., Senna, M. I. B., & Cury, G. C. (2015). Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 743-752. doi: 10.1590/1807-57622014.0996
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. doi: 10.1590/S0103-73312007000200002
- Braid, L. M. C., Machado, M. F. A. S., & Aranha, A. C. (2012). Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 679-692. doi: 10.1590/S1414-32832012000300008
- Bravo, M. I. S. (2008). Política de Saúde no Brasil. In A. E. Mota, M. I. S. Bravo, R. Uchôa, V. Nogueira, R. Marsiglia, L. Gomes, & M. Teixeira (Orgs.), *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional* (3a ed., pp. 88-110). São Paulo, SP: Cortez.
- Camargo Jr., K. R. (1992). (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2(1), 203-230.
- Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Júnior, O. D. S., ... Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para gestão autônoma da medicação. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 16(43), 967-980. doi: 10.1590/S1414-32832012005000040

- Cardoso, C. L. (2012). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: uma análise fenomenológica* (Tese de Livre-Docência não publicada). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Grupo Comunitário de Saúde Mental: uma análise fenomenológica. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp. 43-91). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Carneiro, L. A., & Porto, C. C. (2014). Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(14), 150-167. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1666/3944>
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1400-1410. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-168. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013
- Cohn, A. (2006). O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Junior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 231-258). São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Conceição, M. R., Vicentin, M. C. G., Leal, B. M. M. L., Amaral, M. M., Fischer, A. B., Kahhale, E. M. P., ... Saes, D. (2015). Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 845-855. doi: 10.1590/1807-57622014.0894
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro)*. Recuperado de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf.
- Costa, M. L., & Bernardes, A. G. (2012). Produção de saúde como afirmação de vida. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 822-835. doi: 10.1590/S0104-12902012000400003
- Costa, M. V., & Borges, F. A. (2015). O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 753-763. doi: 10.1590/1807-57622014.1057
- Crovador, L. F. (2012). *Encontro Comunitário de Saúde Mental: um estudo fenomenológico* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-15012013-100129/pt-br.php>

- Crovador, L., Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Encontro Anual dos Grupos Comunitários de Saúde Mental: reflexões a respeito dessa prática no âmbito da Reforma Psiquiátrica. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp. 95-114). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Cunha, M. I. (2010). A docência como ação complexa. In M.I. Cunha (Org.), *Trajetórias e lugares de Formação da docência Universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional* (pp. 19-34). Araraquara, SP: Junqueira & Marin Editores; Brasília, DF: CAPES: CNPq.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin, & Y. Lincoln (Orgs.), *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (2a ed., pp. 15-41). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dias, H. S., Lima, L. D. & Teixeira, M. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1613-1624. doi: 10.1590/S1413-81232013000600013
- Dimentein, M. (2004). A reorientação da atenção em Saúde Mental. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(4), 112-117.
- Ferraz, L. (2012). O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 166-171. doi: 10.1590/S0100-55022012000200023
- Ferreira, J. R., & Buss, P. M. (2002). Atenção Primária e Promoção da Saúde. In Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde* (pp. 7-17). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ferreira, V. S. C., Andrade, C. S., Fontes, A. M. D. L., Araújo, M. C. F., & Anjos, S. D. S. (2015). Modos de cuidar e educar a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 857-868. doi: 10.1590/1807-57622014.0739
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014
- Figueiras, J. F. (2010). *Profissionais de saúde mental enquanto agentes de estigmatização da doença mental* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto). Recuperado de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/763/1/DM_JoanaFigueiras_2010.pdf
- Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2012). A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura hoje. *Polis e Psique*, 2(3), 188-207. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40327/25634>

- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. doi: 10.18569/tempus.v6i2.1120
- Gomes, A. P., & Rego, S. (2011). Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 557-566. doi: 10.1590/S0100-55022011000400016
- Gonzalez Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo, SP: Thomson.
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255-268. doi: 10.1590/S1413-81232010000100031
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. doi: 10.1590/S1413-81232006000400030
- Heidrich, A. V. (2007). *Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização* (Tese de Doutorado, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2bCompleto-0.pdf>
- Hora, D. L., & Souza, C. T. V. (2015). Ensino na saúde: propostas e práticas para a formação acadêmico-pedagógica de docentes. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 9(4), 1-12. Recuperado de https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/947/pdf_947
- Hormanez, M., Loureiro, S. R., Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Depoimentos sobre o Grupo Comunitário: aspectos do cotidiano e fatores terapêuticos subjacentes. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp. 135-152). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Horochovski, R. R., & Meirelles, G. (2007). Problematizando o conceito de empoderamento. Trabalho apresentado no *II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, Anais (pp. 485-506). Florianópolis, SC: UFSC. Recuperado de http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf
- Ishara, S. (2007). *Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial* (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-07032008-135625/en.php>

- Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.19-40). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Ishara, S., Cardoso, C. L. & Loureiro, S. R. (Orgs.). (2013a). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos*. Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Ishara, S., Cardoso, C. L. & Loureiro, S. R. (2013b). *Cartilha Informativa: Grupo Comunitário de Saúde Mental*. Ribeirão Preto, SP: Em3 Comunicação e Vídeo.
- Jesus, M. L., & Araujo, D. (2011). Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em Saúde Mental na Bahia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(3), 67-80. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300006&lng=pt&tlng=pt.
- Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 173-182. doi: 10.1590/S1413-81232009000100023
- Kastrup, V. (2005). Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educação & Sociedade*, 26(93), 1273-1288. doi: 10.1590/S0101-73302005000400010
- Kemper, M. L. C., Martins, J. P. A., Monteiro, S. F. S., Pinto, T. S., & Walter, F. R. (2015). Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 995-1003. doi: 10.1590/1807-57622014.1061
- Lei n. 8.080*. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 8.142*. (1990, 28 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 9.394*. (1996, 20 de dezembro). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 10.216*. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília, DF: Presidência da República.

- Leite, L. D. G. (2012). Concepções e práticas profissionais relativas à saúde mental. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(1), 21-28. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.01.04
- Lima, M., & Santos, L. (2012). Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional: Transdisciplinaridade, Núcleo Profissional e Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 126-141. doi: 10.1590/S1414-98932012000100010
- Lorenzi, C. G., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., & Real, E. M. (2012). A construção de um Programa de Assistência Familiar em um Hospital-Dia Psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 54-72.
- Loureiro, S. R. (2013). Experiência de Formação com Graduandos no Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.117-132). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Lucena, M. A. S., & Bezerra, A. F. B. (2012). Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2447-2456. doi: 10.1590/S1413-81232012000900025
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a Saúde Mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 15(39), 1145-1157. doi: 10.1590/S1414-32832011005000021
- Macêdo, S., & Caldas, M. T. (2011). Uma análise crítica sobre técnicas de pesquisa fenomenológica utilizadas em Psicologia Clínica. *Revista do Nufen*, 3(1), 3-16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Machado, M. P., & Pereira, M. A. O. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 125-138. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n1/v13n1a08.pdf>
- Maciel, S. C. (2012). Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 73-82.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124. doi: 10.1590/S1413-82712008000100014
- Malterud, K. (2011). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358: 483-488.

- Mângia, E. F., Muramoto, M. T., & Marques, A. L. M. (2010). Formação profissional e serviços de Saúde Mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2), 148-157.
- Marsiglia, R. M. G., Silveira, C., & Carneiro Junior, N. (2005). Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 69-76. doi: 10.1590/S0104-12902005000200008
- Martinhago, F., & Oliveira, W. F. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Soc.* 24(4), 1273-1284. doi: 10.1590/S0104-12902015136741
- Martins, J. J., & Albuquerque, G. L. (2007). A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para a humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 351-356. doi: 10.4025/ciencuccuidsaude.v6i3.4068
- Mattos, R. A. (2008). Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In G. C. Matta & J. C. F. Lima (Orgs.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 313-352). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/EPSJV.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In A. T. Reis, A. F. Santos, C.R. Campos, D.C. Malta, & E.E. Merhy (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 103-120). São Paulo, SP: Xamã.
- Merhy E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (3a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Merhy E. E., & Franco T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Merhy E. E., Malta D. C., & Santos F. P. (2004). Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In E. Freese (Org.), *Municípios: a gestão da mudança em saúde* (pp. 45-76). Recife, PE: UFPE.
- Merhy, E. E. (2007). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy & H. Amaral (Orgs.), *Reforma psiquiátrica no cotidiano II* (pp. 55-66). São Paulo, SP: Hucitec.

- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. (1994). *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2005). *Conferência regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/ Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília, DF: Autor.
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 592-611. doi: 10.1590/1982-3703001662013
- Moreira, C. O. F., & Dias, M. S. A. (2015). Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e educação. *ABCS Health Sciences*, 40(3), 300-305. doi: 10.7322/abcschs.v40i3.811
- Nogueira, M. I. (2010). Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In R. Pinheiro, & A. G. Silva Junior, *Por uma sociedade cuidadora* (pp. 101-114). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Oliveira, J. F., & Catani, A. M. (2011). A reconfiguração do campo universitário no Brasil: conceitos, atores, estratégias e ações. In J. F. Oliveira (Org.), *O campo universitário no Brasil: políticas, ações e processos de reconfiguração* (pp. 11-37). Campinas, SP: Mercado das Letras.

- Oliveira, T. T. S., Leme, F. R. G., & Godoy, K. R. G. (2009). O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*, 7(12), 119-138. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&lng=pt&tng=pt.
- Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis, 1(2), 48-61. Recuperado de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126/1362>
- Otanari, T. M. C. (2011). *A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde Mental nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação* (Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas). Recuperado de <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/thais2011mestrado.pdf>
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492-499. doi: 10.1590/S0100-55022008000400012
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-35. doi: 10.1590/S0104-59702014000100002
- Parecer CNE/CES n. 1.133*. (2001, 07 de agosto). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Educação.
- Parecer CNE/CES n. 67*. (2003, 11 de março). Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos Cursos de Graduação. Brasília, DF: Ministério da Educação.
- Pereira, A. A., Costa, A. N., & Megale, R. F. (2012). Saúde Mental para médicos que atuam na estratégia Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 269-279. doi: 10.1590/S0100-55022012000400017
- Pereira, A. A., Reinaldo, A. M. S., & Andrade, D. C. L. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. *SANARE*, 14(1), 8-14. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601/318>
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a Saúde Mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035-1043. doi: 10.1590/S0104-12902012000400020
- Pereira, I. C., & Oliveira, M. A.C. (2014). *Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário*. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- Pereira T. T. S. O., Barros M. N. S., & Augusto M. C. N. A. (2011). O Cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, 9(17), 523-536. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Pinheiro, R., & Ceccim, R. B. (2006). Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In R. Pinheiro, R. B. Ceccim, & R. A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (2a ed., pp. 13-35). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO.
- Pires, M. R. G. M., & Demo, P. (2006). Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 56-71. doi: 10.1590/S0104-12902006000200007
- Pizzinato, A., Gustavo, A. S., Santos, B. R. L., Ojeda, B. S., Ferreira, E., Thiesen, F., ... Corbellini, V. L. (2012). A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 170-177. doi: 10.1590/S0100-55022012000300025
- Portaria n. 336. (2002, 19 de fevereiro). Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS ad II. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 3.088. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Poz, M. R. D., Lima, J. C. S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em Saúde Mental no Brasil: os desafios da Reforma Psiquiátrica. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 621-639. doi: 10.1590/S0103-73312012000200012
- Puggina A. C. G., & Silva M. J. P. (2009). Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 13(4), 599-605. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/229>
- Puttini, R. F., Pereira Junior, A., & Oliveira, L. R. (2010). Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 753-767. doi: 10.1590/S0103-73312010000300004
- Ramos, D. K. R., Mesquita, S. K. C., Galvão, M. C. B., & Enders, B. C. (2013). Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 41-44. doi: 10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.501
- Resolução n. 466. (2012, 12 de dezembro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.

- Rézio, L. A., Moro, T. N., Marcon, S. R., & Fortuna, C. M. (2015). Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 793-803. doi: 10.1590/1807-57622014.0673
- Rios, I. C., & Schraiber, L. B. (2012). A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3), 308-316. doi: 10.1590/S0100-55022012000500004
- 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). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08122015-161052/pt-br.php>
- Rodrigues, J., Santos, S. M. A., & Spriccigo, J. S. (2012). Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 844-851. doi: 10.1590/S0103-21002012000600004
- Rosa, R. P. F., Andrade, A. L. F., Oliveira, S. P., Silva, A. G. L., Ferreira, A. M., Inácio, J. S., & Araújo, S. M. S. S. (2015). Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 931-940. doi: 10.1590/1807-57622014.0730
- Rosito, M. M. B., & Loterio, M. G. (2012). Formação do profissional em saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. *Educação & Realidade*, 37(1), 125-142. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/21802/16022>
- Rotelli, F. (2000). Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In P. Amarante. (Org.), *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (pp. 301-306). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285. doi: 10.1590/S1413-73722009000200008
- Santos, B. S. (2001) *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo, SP: Cortez.
- Santos, C. G., Portugal, F. T. A., Silva, M. A. B., Souza, A. C., & Abrahão, A. L. (2015). Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), 985-993. doi: 10.1590/1807-57622014.0868
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (L. H. Zanetta, M. C. Zanetta & W. Valentini, trads.) (2a ed.) Belo Horizonte, MG: Te Corá Editora/ Rio de Janeiro, RJ: Instituto Franco Basaglia.

- Scherer, M. D. A., Marino, S. R. A., & Ramos, F. R. S. (2005). Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 53-66. doi: 10.1590/S1414-32832005000100005
- Severo, A. K. S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67. doi: 10.1590/S1413-294X2009000100008
- Silva Junior, A. G., Pontes, A. L. M., & Henriques, R. L. M. (2006). O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In R. Pinheiro, R. B. Ceccim, & R. A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (2a ed., pp. 93-110). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO.
- Silva, C. R. C., Mendes, R., & Nakamura, E. (2012). A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 32-41. doi: 10.1590/S0104-12902012000100005
- Silva, J. C., Loureiro, S. R., Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Experiências Terapêuticas em um Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.155- 170). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Silva, M. V. O., Costa, F. R. M., & Neves, L. M. (2010). Programa de Intensificação de Cuidados: Experiência Docente-Assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(4), 882-895. doi: 10.1590/S1414-98932010000400016
- Silva, N. S., Esperidião, E., Cavalcante, A. C. G., Souza, A. C. S., & Silva, K. K. C. (2013). Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de Saúde Mental. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(4), 1142-1151. doi: 10.1590/S0104-07072013000400033
- Silva, V. O., & Santana, P. M. M. A. (2015). Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 121-132. doi: 10.1590/1807-57622014.0017
- Siqueira, J. E. (2013). 25 anos do SUS: o que há para comemorar? *O mundo da saúde*, 37(1), 56-64.
- Souza, G. C. A., & Costa, I. C. C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 509-517. doi: 10.1590/S0104-12902010000300004
- Trajano, A. R. C., & Silva, R. (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2(3), 16-36. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40318/25985>

- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada, e aplicada nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcelos, M. F. F., & Paulon, S. M. (2014). Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 26 (spe), 222-234. doi: 10.1590/S0102-71822014000500023
- Vilela, J. C., Maftun, M. A., & Paes, M. R. (2013). O ensino de Saúde Mental na graduação de Enfermagem: um estudo de caso. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(2), 397-406. doi: 10.1590/S0104-07072013000200016
- World Health Organization. (1978). *International Conference on Primary Health Care, Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, USSR: Author.
- World Health Organization. (1986). *First International Conference on Health Promotion, Ottawa Charter for health promotion*. Ottawa, Canadá: Author.
- World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. (1995). *New Public Health and Who's Ninth General Programme of Work: a discussion paper*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). Recuperado de <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos

Pesquisador responsável: Bruna Cardoso Pinheiro   CRP: 110024/06

Você está sendo convidado para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Grupo Comunitário de Saúde Mental: formação de recursos humanos”, a ser realizada pela psicóloga mestrande *Bruna Cardoso Pinheiro* sob orientação da *Prof. Dra. Carmen Lúcia Cardoso*, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

A pesquisa citada tem como objetivos: investigar e compreender os efeitos de um programa de cuidado em Saúde Mental, o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), sobre a formação de estudantes e capacitação de profissionais.

A formação de recursos humanos representa elemento estratégico para se desenvolver o cuidado em saúde mental, na medida em que a principal tecnologia utilizada é a própria pessoa do trabalhador. Neste contexto, torna-se relevante compreender como se dá a formação, durante a aprendizagem do papel profissional, em espaços, como o do GCSM, que coloca os estudantes e profissionais em contato com uma lógica ampliada de cuidado, que busca favorecer a autonomia dos usuários. Dessa forma, espera-se que este trabalho possa ampliar a compreensão a respeito da proposta de trabalho do GCSM e ainda, possa fornecer elementos para se pensar o desafio de como formar recursos humanos para atuar nos novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental.

Este estudo será composto por dois instrumentos: 1) Entrevista aberta com estudantes e profissionais em processo de formação na área da Saúde Mental, que freqüentam o GCSM no contexto do Hospital-Dia. A entrevista terá duração aproximada de 60 minutos e será realizada individualmente, em dias e locais acordados com cada participante; 2) Observação participante dos encontros do GCSM. As observações no GCSM ocorrerão durante o período de contato e convite aos participantes e realização das entrevistas e serão registradas em um diário de campo.

Para participar deste estudo você deve estar ciente que: não há nenhum risco significativo em participar deste estudo a não ser o desconforto de responder às entrevistas, que terão duração aproximada de 60 minutos, assim como de ser observado pela pesquisadora durante os encontros do GCSM.

A sua participação é voluntária e se dará através de uma entrevista. A entrevista será audiogravada e seu conteúdo será transcrito na íntegra para ser utilizado em trabalhos científicos, sendo a gravação destruída depois de transcrita. As transcrições serão arquivadas pela pesquisadora durante cinco anos para futuras análises, sendo destruídas após este período. Sua identidade não será revelada publicamente e seu nome será omitido ao final do trabalho. Não será possível identificá-lo, o que garante seu completo anonimato. Todas as informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em sigilo.

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. Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em

qualquer prejuízo à continuidade de quaisquer tratamentos ou serviços que sejam realizados no HCFMRP-USP ou em qualquer outro serviço de saúde, tendo suas informações inutilizadas. Você não terá nenhum gasto ao participar deste estudo, portanto, não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro.

Você pode ficar com uma via desse termo de consentimento assinada pela pesquisadora.

Qualquer dúvida com relação à participação na pesquisa poderá ser esclarecida pela pesquisadora responsável ou pela Prof. Dra. Carmen Lúcia Cardoso, que poderão ser encontradas no endereço: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia – Bloco 5 sala 33A- Av. Bandeirantes, nº 3900, CEP: 14040-901, Ribeirão Preto. Telefone: (16) 3315-3660.

Para esclarecimentos sobre dúvidas éticas, você pode entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br Obrigada pela sua atenção e colaboração.

Eu, _____, aceito participar voluntariamente do presente estudo.

Ribeirão Preto ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Bruna Cardoso Pinheiro
Mestranda (16)99189-6933

Prof. Dra. Carmen Lúcia Cardoso
Docente responsável (16)3315-3660

ANEXO

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP

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/056-dgfs

Ribeirão Preto, 09 de junho de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "GRUPO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL: FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 143ª Reunião Ordinária, realizada em 28.05.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 42548815.3.0000.5407).

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
Bruna Cardoso Pinheiro
Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coeto@ffclrp.usp.br