

Bianca Vitullo Bedin

*Este exemplar corresponde à versão final Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva.*

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos  
Orientador

**Reflexões sobre as práticas grupais nos Centros de Atenção Psicossocial: uma interface com a clínica lacaniana da psicose**

CAMPINAS  
2009

**Bianca Vitullo Bedin**

**Reflexões sobre as práticas grupais nos Centros de Atenção  
Psicossocial: uma interface com a clínica lacaniana da psicose**

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Saúde Coletiva, linha de pesquisa: Planejamento Gestão e Subjetividade.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Tereza Onocko Campos

**CAMPINAS  
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Bedin, Bianca Vitullo  
B39r Reflexões sobre as práticas grupais  
nos Centros de Atenção Psicossocial: uma interface com a clínica  
lacaniana da psicose / Bianca Vitullo Bedin. Campinas, SP : [s.n.],  
2009.

Campos Orientador : Rosana Tereza Onocko  
Dissertação ( Mestrado )  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Serviços de  
saúde mental. 3. Processos grupais. I. Campos, Rosana Tereza  
Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Reflections on group practices in psycho-social counselling centers:  
interface with Lacanian clinical practice**

**Keywords:** • Mental health  
• Mental Health Services  
• Group Process

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva  
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Profa. Dra. Rosana Tereza Onocko Campos  
Profa. Dra. Solange L'Abate  
Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira  
Data da defesa: 04-02-2009

---

**Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

Orientador: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

---

---

**Membros:**

---

1. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Rosana Teresa Onocko Campos

2. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Solange L'Abbate

3. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eduardo Henrique Passos Pereira

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 04/02/2009

---

## **DEDICATÓRIA**

**Ao meu pai**

## **AGRADECIMENTOS**

A Paula, Sônia e meu irmão: sem o apoio e a confiança de vocês desde o começo, nada disso teria acontecido.

A todas as pessoas do grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces”. Em especial a minha orientadora, Rosana, que acreditou no meu trabalho e respeitou meu estilo. E a Tati, que com seu jeito calmo tanto me acolheu e ajudou.

A Telma, por me apoiar em minhas escolhas e estar sempre presente em minha vida, ensinando-me o compromisso de ser analisanda e analista. Agradeço por tudo minha amiga!

A Emelice e ao James, por serem pessoas que tornam a minha vida mais fácil. Vocês me lembram da leveza da vida...

A minha família, em especial a minha mãe, pelo amor e por me acompanharem em todos os momentos importantes da minha vida. Agradeço por confiarem tanto em mim e por me mostrarem a importância de não desistirmos de nossos sonhos.

Ao Melhem, pela compreensão e por não me deixar esquecer que têm outras coisas na vida além do trabalho e do estudo.

Ao psicanalista Rômulo Ferreira da Silva pela leitura cuidadosa e sua importante contribuição neste projeto.

A todos que emprestaram-me livros, textos e palavras, para que este trabalho fosse possível: Juliana, Gilson, Cecília, Gastão, Patrícia, Eduardo, Francine, Veridiana, Tato, Telma, Geórgia e Flávia. Agradeço, com muito carinho, tudo o que fizeram!

A todos os profissionais do CAPS Esperança, em especial a equipe de referência a qual faço parte, por terem me apoiado, de maneira concreta em todo esse percurso. Agradeço a vocês pela paciência de tantas trocas de horário e de humor.

A Ana Luisa pela valiosa ajuda na tradução para a língua inglesa.

Por fim, agradeço a todos os colegas e professores do mestrado, que fizeram deste curso um período de alegria, de conversas preciosas e apoio mútuos. Agradeço especialmente a Geórgia e, sobretudo, ao Ricardo, parceiros de trabalho e de afeto.

## RESUMO

O presente trabalho de mestrado tem como objetivo principal conhecer e analisar as práticas grupais oferecidas aos pacientes inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campinas (SP). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no referencial da hermenêutica gadameriana. Utilizaram-se, para a coleta de dados, os grupos focais realizados com os trabalhadores dos seis CAPS, para o estudo “Pesquisa avaliativa da rede CAPS de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva”\*. Das discussões dos grupos focais, fizeram-se narrativas, seguindo o referencial teórico proposto por Ricoeur. Verificou-se que todos os serviços utilizam-se das práticas grupais para prestar assistência a seus pacientes. Procurou-se discutir as narrativas à luz dos referenciais teóricos assumidos como tradição que abordam o tema da prática grupal.

---

\* Referido estudo encontra-se acessível em: [www.fcm.unicamp.br/grupos/saude\\_mental](http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental)

## **ABSTRACT**

The main objective of this study is to learn about and analyze group sessions offered to patients attending Psycho-social Counseling Centers (*Centros de Atenção Psicossocial - CAPS*) in the municipality of Campinas, São Paulo. It is a qualitative study based on Gadamer's hermeneutics. Focus groups were conducted with employees at six CAPSs for the study "Evaluation research of the CAPS network in Campinas: between mental health and collective health". Narratives were elaborated based on the focus group discussions, according to the theoretical reference proposed by Ricoeur. It was found that all CAPS used group sessions to help their patients. The narratives are discussed in the light of theoretical references traditionally considered on the theme of group practices.

## APRESENTAÇÃO

No século XVII, o termo *gropo* ou *gruppo* apareceu pela primeira vez como ‘designação de uma forma artística de retratar um conjunto de pessoas’. Depois, no século seguinte, o termo utilizado foi uma ‘reunião de pessoas’. E é no século XIX que se encontram os movimentos de massa. O grupo vai se configurando como uma instituição, em que “o círculo, o laço e o número restrito de participantes” (Barros, 2007, p. 79) se destacam, sendo que o círculo até hoje é usado nas práticas grupais, seja pelo viés da horizontalidade das relações entre seus membros, seja pelo viés facilitador para quem o coordena, cuja conformação lhe permite olhar para todos os membros igualmente (Barros, 2007).

Na década de 1970, as práticas grupais eram moda. Alguns autores atribuem esse modismo à situação histórica da época, pois era um momento de repressão política, quando o estar em grupo era tido como um reduto de liberdade, e havia poucos analistas para muitos pacientes, de modo que o atender em grupo daria vazão à demanda, além de ser mais barato. Mas, nas décadas de 1980 e 90, não havia mais grande oferta de espaços terapêuticos coletivos, principalmente nos serviços públicos “psi”. Tais práticas saem de moda com uma forte crítica desvalorizadora: faltava-lhes consistência teórica; não havia mais procura de atendimentos em grupo por parte dos pacientes; a técnica não respeitava as individualidades; inibia pulsões agressivas, já que os grupos facilitam que as relações sejam mais amorosas. Há outros argumentos críticos-desqualificadores divulgados na rede “psi”: muitos consideram o grupo produto de segunda categoria, tratamento mais barato e acessível à população com baixo recurso financeiro ou, ainda, para serviços públicos de saúde (Barros, 1996).

Alguns “especialistas” se referem ao fato de não usarem o recurso grupal como tratamento por ser ele teórico e com técnica ultrapassada, não se enquadrando nas necessidades atuais, que são as de ‘espaços individualizados’. (Barros, 1996). No entanto, quando olhamos para a assistência prestada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços criados a partir da reforma psiquiátrica, ou seja, um espaço atual, deparamo-nos com uma grande oferta de dispositivos coletivos.

O interesse pelas práticas grupais acompanha-me ao longo do meu percurso profissional. Entendo que faz parte da minha formação o trabalho que realizo dentro de um CAPS. Assim, no desenvolvimento do texto, trago vinhetas de casos clínicos na intenção tanto de apresentar exemplos do meu dia-a-dia, como trabalhadora de uma instituição de Saúde Mental, quanto de esclarecer conceitos teóricos.

O primeiro capítulo do texto designa-se a uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Não é intenção de esse trabalho fazer uma revisão histórica da loucura e do movimento de reforma psiquiátrica. Tais temas já foram amplamente discutidos em diversos trabalhos, como os de Amarante (2001 e 1994), Basaglia (1991), Desviat (1999), Foucault (1972 e 1977), Goffman (1987) e Saraceno (2001).

Busco, nesse mesmo capítulo, evidenciar o itinerário da minha formação e as questões vivenciadas na prática que me fizeram destacar o objeto.

O segundo capítulo apresenta o objetivo da pesquisa e o campo. A cidade de Campinas conta com seis CAPS III, que foram constituídos a partir do ano de 1993 e podem ser um rico laboratório de experiências das práticas grupais.

Esses grupos, porém, são ofertados a pessoas com intenso sofrimento psíquico, sendo muitas psicóticas. Meu interesse é por estudar dispositivos coletivos destinados aos sujeitos psicóticos. É sabido que os CAPS também prestam assistência a outros sujeitos sem

serem psicóticos, porém esse estudo se limitará apenas às questões dessa estrutura clínica. Assim, o terceiro capítulo designa-se a apresentar uma leitura dessa estrutura peculiar.

Cabe destacar que usarei, nesse trabalho, o termo paciente e não usuário, como é o habitual nas instituições públicas de saúde ao se referirem à sua clientela. ‘Paciente’ aqui não está sendo utilizado no sentido pejorativo, ou seja, o do indivíduo doente, que responde às situações que o envolve de forma passiva, mas em seu sentido mais amplo. De acordo com o Dicionário da língua portuguesa Houaiss, paciente significa aquela pessoa que está sob cuidados médicos e aquela que tem a virtude da paciência, que persiste na realização de um trabalho.

Com freqüência, dispositivos são criados ou aprimorados, nos CAPS, para que se dê conta da demanda. Assim, o quarto capítulo – ‘A clínica do cotidiano do CAPS’ – apresenta alguns dispositivos ofertados pelo CAPS em que trabalho.

O sentido etimológico da palavra clínica vem do grego *kliniko* e significa leito (*klíne*) e inclinar (*klíno*) (Benevides e Passos, 2001; Viganò, 1999). A clínica é o ensinamento que se faz diante do corpo, com a presença do sujeito. Na clínica, é o paciente o verdadeiro operador. As questões são resolvidas por ele, a partir do momento em que a equipe o coloque em condições de operar (Viganò, 1999).

Clínica também deriva da palavra *clinamen*, que significa desvio. Dessa forma, a clínica também é produção de desvio (Benevides e Passos, 2001), e ela se dá através do particular do sujeito e não a partir do universal do saber (Viganò, 1999; Goldberg, 1996). Cotidiano, de acordo com o dicionário Aurélio, significa, dentre outros: de todos os dias, que se faz ou sucede todos os dias, que se pratica habitualmente. Assim, esse capítulo visa apresentar a clínica que se faz no dia-a-dia de um CAPS. Trago, nesse mesmo capítulo,

teorias que atravessam o cotidiano do meu trabalho, a saber: a psicanálise e a saúde coletiva. O encontro dessas teorias marca uma prática.

O quinto capítulo aborda o método utilizado, a hermenêutica gadameriana, em que descrevo a forma como foi desenvolvida essa pesquisa. Apresento os participantes, explico como se deu a escolha do instrumento de coleta de dados e descrevo o processo da coleta de dados.

O sexto capítulo apresenta os resultados obtidos com a coleta de dados. Para fazer a discussão dos resultados, apresento, no capítulo seguinte, tradições que possibilitam um maior aprofundamento acerca das práticas grupais. Entendo que buscar definir, levantar os diferentes discursos e as origens sóciohistóricas são formas de evitar uma prática desavisada e guiada pela intuição, que pode trazer conseqüências desastrosas.

Na seqüência, realizo a discussão dos resultados e as conclusões do presente trabalho.

# SUMÁRIO

---

**PÁG.**

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
APRESENTAÇÃO.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Construção do Objeto.....	18
1.2. O Objeto .....	19
2. OBJETIVOS.....	24
2.1. Campo.....	25
3. PSICOSE.....	26
4. A CLÍNICA DA PSICOSE NO COTIDIANO DO CAPS.....	33
4.1. Tradições que atravessam o trabalho num CAPS.....	38
4.1.1. A prática entre vários.....	38
4.1.2. Núcleo e campo de competências.....	40
4.1.3. Algumas constatações da prática com as tradições.....	41
5. METODOLOGIA.....	42
5.1. A hermenêutica.....	42
5.2. A técnica dos grupos focais e os sujeitos da pesquisa.....	43
5.3. As narrativas.....	46
5.3.1. A construção da narrativa.....	47
6. RESULTADO DA HISTÓRIA CONTADA .....	49
7. TRADIÇÕES QUE SUSTENTAM A PRÁTICA NO COLETIVO.....	62
7.1. Grupos Abertos são Oficinas?.....	62
7.2. O Coletivo e o Dispositivo de Grupo Lacaniano.....	66
8. DISCUSSÃO.....	73
9. CONCLUSÃO.....	81
10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	87
11. ANEXOS.....	93
11.1. Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos CAPS.....	93
11.2. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	95
11.3. Narrativas.....	96

11.3.1. Narrativa CAPS 01.....	96
11.3.2. Narrativa CAPS 02.....	98
11.3.3. Narrativa CAPS 03.....	100
11.3.4. Narrativa CAPS 04.....	105
11.3.5. Narrativa CAPS 05.....	109
11.3.6. Narrativa CAPS 06.....	114

## 1. INTRODUÇÃO

O meu interesse de fazer mestrado vem com o desejo de esclarecer conceitos teóricos que atravessam a prática e de aperfeiçoar minha clínica. Fiz graduação em psicologia e, em seguida, aprimoramento de Saúde Mental. Foi este último que me apresentou o encontro entre a Saúde Coletiva e a psicanálise lacaniana. Esse encontro marca minha posição teórica atual. Tanto a teoria lacaniana como a Saúde Coletiva se debruçam sobre a psicose para pensar num tratamento possível, com toda particularidade que essa estrutura exige. Há um grande investimento de políticas públicas para que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aconteçam. Continuo meu percurso, fazendo formação em psicanálise lacaniana e, diariamente, no CAPS em que trabalho há três anos.

Os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, são serviços de saúde especializados em Saúde Mental. Oferecem tratamento a psicóticos e neuróticos graves. Esse serviço de saúde mental, no Brasil, foi implantado a partir da reforma psiquiátrica.

No ano de 1989, iniciou-se o processo de intervenção no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, localizado na cidade de Santos (SP). Era então conhecido como um espaço de maus tratos, onde muitos de seus pacientes morreram. A secretaria municipal de saúde do município iniciou ali um processo de intervenção, que teve repercussão nacional e demonstrou com clareza a possibilidade de uma outra forma de tratamento que fosse substitutivo ao hospital psiquiátrico. Assim implantaram-se, em Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs). Tal experiência é tida como um marco no processo da Reforma Psiquiátrica Nacional (Brasil, 2005).

No mesmo ano, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado foi entregue ao Congresso Nacional. Esse projeto visava à regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e à extinção progressiva dos manicômios (Brasil, 2005). Inspiradas

por ele, a partir de 1992, foram aprovadas, em vários estados do país, as primeiras leis que propuseram a substituição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos por uma rede que de fato tivesse uma atenção integrada à saúde mental (Brasil, 2005).

Na década de 1990, é assinada a Declaração de Caracas e realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Passam a vigorar, no Brasil, as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços substitutivos: NAPS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-Dia (HD). O primeiro CAPS do Brasil é inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, mais conhecido como CAPS Itapeva (Brasil, 2004-a; Goldberg, 1992).

Atualmente, essas instituições podem ser estruturadas em três modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III. A modalidade I destina-se a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona no período de 8 as 18 horas, em dois turnos, de segunda a sexta-feira. O CAPS II é destinado a municípios cuja população esteja entre 70.000 e 200.000, com a mesma lógica de funcionamento da modalidade I, porém pode expandir a assistência com mais um turno diário até as 21 horas. O CAPS III oferece assistência em cidades com a população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento por vinte e quatro horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (Brasil, 2004-b). Trabalho num CAPS nível III. As três modalidades cumprem a função de oferecer atendimento público em saúde mental na sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2004-a). A importância de esse serviço estar no território justifica-se tanto por facilitar o acesso ao e do paciente, como por permitir que o cuidado seja mais específico, visto que cada região tem suas características socioculturais e econômicas que costumam delinear o cotidiano, o projeto de vida e a inserção no mundo do sujeito (Delgado, 1996; Brasil, 2004-a).

O dia-a-dia num CAPS é marcado por uma série de desafios. Os pacientes que ali se tratam, na sua maioria, são casos graves, com intenso sofrimento psíquico e com grande risco de cometer um ato por meio do qual possam se machucar ou machucar alguém. Atualmente, o CAPS em que trabalho atende 260 pacientes, com uma média de 80 pacientes/dia. São 80 pacientes com necessidades, sintomas e demandas diferentes, elas são particulares a cada um deles. Como cuidar do particular do sujeito na instituição que tem muitos pacientes? O que tem de particular a instituição destinada ao tratamento do sujeito psicótico? Ou, ainda, qual a função da instituição no tratamento da psicose?

Podemos pensar que a instituição tem, a princípio, duas funções que caminham juntas. Uma é a de acolher o sujeito psicótico, assisti-lo. Essa responde a uma demanda social. A psicose coloca um problema para o social no momento em que torna um insuportável para a sociedade e não só para o sujeito. Vale lembrar que as instituições nascem devido à necessidade de uma resposta social a determinados estados da psicose, a certas passagens ao ato, que podem levar o psicótico a uma exclusão social plena e até à morte. A outra seria a função clínica, de tratar o sujeito (Zenoni, 2000a). O CAPS é um espaço propício para a clínica operar e, muitas vezes, a clínica exige respostas que não podem ser dadas por um único membro da equipe, exige uma estrutura coletiva de respostas. A clínica na psicose é uma prática que às vezes não dá para ser de um só, nem de um só momento do dia (Zenoni, 2001a; Goldberg, 1996).

O campo da Saúde Mental baseia-se, na maioria das vezes, na política do universal. A particularidade de cada um pode se perder quando se assume como objetivo do tratamento o sujeito ser “devolvido”, junto aos outros, no universal. As ações cidadãs tão pensadas por esse campo para gerar benefícios aos pacientes, muitas vezes, invadem o sujeito em sua particularidade. Não que não devam ser pensadas e feitas, mas

é necessário entender que exercer a cidadania se coloca de forma singular para cada sujeito.

A equipe de trabalhadores objetiva acolher e tratar os pacientes em sua particularidade e, muitas vezes, o dispositivo criado para tal é coletivo. Os grupos, as oficinas e as assembléias são dispositivos coletivos que tratam o particular. Ou, pelo menos, tentam tratar.

Dentre as diversas atividades que fazem parte do meu cotidiano como trabalhadora de um CAPS III, escolhi estudar tal dispositivo. O que diferencia cada prática grupal? Como o coletivo trata o particular? Essas e outras questões são desafios encontrados no meu dia-a-dia. Tais desafios tocam tanto a Saúde Coletiva como a psicanálise. Contudo outras questões se colocam: qual metodologia utilizar quando se tem questões do cotidiano que atravessam diferentes abordagens teóricas? Como fazer as minhas próprias questões se tornarem o objeto da pesquisa?

### **1.1. Construção do Objeto**

Encontrei, no pensamento hermenêutico, um caminho interessante para construir o método da presente pesquisa. Gadamer (1997) coloca que a hermenêutica não pode ser considerada um método no sentido cartesiano, mas pode ser assumida como uma postura metodológica, a partir do momento que pressupõe categorias, conceitos e um modo de interrogação.

A tarefa hermenêutica é esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível. É importante que o pesquisador se dê conta das próprias antecipações, para poder controlá-las e, com isso, obter uma compreensão adequada. Esse autor aponta os preconceitos como o ponto de partida para a compreensão e entende que o preconceito

possa vir a ter valor tanto positivo quanto negativo. Propõe que eles sejam explicitados e colocados em forma de questão.

Para Gadamer (1997), o interesse do investigador, motivado pelo presente e suas questões não compreendidas, pensadas em forma de perguntas, opera o destaque do objeto. O conceito de destaque, e não de recorte do objeto, dá evidência às condições de produção de objeto, pois aquilo que é destacado ressalta, ao mesmo tempo, aquilo que se destaca.

## **1.2 O Objeto**

No aprimoramento, escolho fazer a parte prática num ambulatório de Saúde Mental que tinha como proposta tornar-se um CAPS. Ao chegar nesse ambulatório, a assistência, em sua maioria, era fornecida por meio de atendimentos individuais pelos psiquiatras e psicólogos, o que acarretava em longas filas e baixo atendimento. Basicamente, essa era a assistência re-conhecida do ambulatório. Pessoas em crise subjetiva não tinham espaço, tinham que aguardar sua consulta agendada. Se não conseguissem esperar, com facilidade eram internadas em hospitais psiquiátricos de cidades vizinhas, já que na própria não tinham tal recurso. O que diferenciava dessa estrutura era um espaço coletivo oferecido uma vez por semana por uma assistente social, um psiquiatra e um auxiliar de enfermagem. Esse espaço era chamado de “grupo de quarta-feira” e era oferecido aos pacientes que, por algum motivo, tinham tido contado com um desses profissionais. Alguns pacientes desenhavam, outros bordavam, outros ainda cantavam e tocavam instrumentos musicais, conversavam ou permaneciam em silêncio, mas com frequência se ouvia dos pacientes e dos profissionais que aquele espaço era importante. Os pacientes alegavam, muitos deles, que era o lugar que os “seguravam” de uma nova crise ou de mais uma internação psiquiátrica. Seja porque ali “distraiam a cabeça” (sic) ou

porque era um espaço que os profissionais conseguiam recolher palavras, produções e passagens subjetivas. Quando algo de diferente acontecia, os profissionais ficavam atentos e disponíveis para tratá-lo, mesmo em outro dia que não fosse “no grupo de quarta”, porém, desse modo, voltava-se à lógica de atendimento individual. Participava desse grupo uma média de 30 pacientes. Não era necessário marcar, os profissionais aguardavam pelos pacientes numa sala ampla dentro do ambulatório.

Naquele lugar, questões sobre as práticas grupais começaram a ser levantadas. O que faz com que essa prática seja terapêutica? Por que impedia uma nova crise ou internação?

Desde o começo do ano, vínhamos trabalhando a abertura do CAPS. A equipe desejava saber mais de perto o que era ‘CAPS’. Muito se falava que era melhor que ambulatório, mas ainda não tínhamos deduzido nada que pudesse ser visualizado concretamente. Alguns membros da equipe jamais tinham conhecido um CAPS. Aos poucos, os profissionais começaram a se perguntar se aquele espaço coletivo, o “grupo de quarta-feira”, tinha algo em comum com o CAPS. Colocavam o desejo de aquele encontro permanecer, visto a importância tanto para os pacientes como para os profissionais. Nos diversos documentos que versam sobre os CAPS, as práticas grupais são sempre citadas. A portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que define as modalidades de atendimentos nessas instituições, inclui, dentre outras, atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social...) e atendimentos em oficinas terapêuticas (Brasil, 2002). Ou seja, espaços em grupos são preconizados pelo Ministério da Saúde.

Concluo meu aprimoramento no ano de 2005, mas o CAPS não é inaugurado por questões políticas. Passo a trabalhar num CAPS III do município de Campinas. Mais uma vez, chamam-me a atenção os espaços grupais. São vários e ocorrem nos mais diversos

momentos. Em todos os períodos, são oferecidos um ou mais desses dispositivos. Encontramos, dentre outras, oficina de bijuteria, de música, de bordado, de caminhada, de costura, de desenho, de culinária. Os grupos são oferecidos através de psicoterapia e de tratamento. Coordeno, junto com outros profissionais, duas oficinas, bijuteria e música, um grupo de tratamento e, esporadicamente, a assembléia.

A *assembléia* acontece semanalmente e promove o encontro entre pacientes, profissionais e gerente da unidade. A coordenação se dá em uma dupla composta por um profissional e um paciente. Ali, discutem temas do cotidiano do serviço e formulam regras para o andamento da instituição, buscando garantir a coexistência de todos. Por muito tempo, tentamos combinar no CAPS que não poderíamos fumar dentro da casa, apenas nos espaços abertos. Os pacientes, em sua maioria, não respeitavam essa regra. Discutíamos semanalmente essa questão, até combinarmos que, mesmo nos lugares abertos, mas que a fumaça entrasse na casa, o fumo não seria permitido. Um profissional pergunta se teríamos que parar de fumar na sacada da sala de equipe e é respondido pela gerente da unidade que sim. Naquele momento, combinamos quais seriam os melhores lugares, da parte externa da casa, para fumar. A partir desse dia, todos os trabalhadores e, agora em sua maioria, os pacientes passaram a fumar nos espaços externos. Entretanto, nas instituições de Saúde Mental, é preciso cuidar de como será instituída a regra. Ainda é tema da assembléia o fato de poucos pacientes não aderirem a essa regra, de modo que equipe e alguns pacientes se esforçam para trabalhar com eles. Diferente de antes, quando era necessário abordar algum paciente que estava fumando num local interno, o manejo é tranquilo, não acontece discussão, persecutoriedade ou

passagem ao ato<sup>1</sup>, mesmo que seja abordado por um outro paciente. O que tem de particular esse dispositivo?

Z. é um paciente que, sempre que chegava ao CAPS alcoolizado, quebrava vidros. Numa assembléia, um paciente estava indignado com tantos vidros quebrados e fez a proposta de que quem quebrasse se esforçaria a pagar. Todos que estavam ali concordaram com a proposta. Z. não estava presente e, assim que chegou à instituição, pergunta-me se esse combinado valia para ele também. Respondo: “o que é combinado em assembléia vale para todos nós”. Z., em todas as assembléias de que participa, relembra desse combinado. Depois dessa regra, quando Z. chega ao CAPS alcoolizado, vai imediatamente procurar um profissional de sua referência: “o jeito de eu não quebrar o vidro é falando” (sic). Esse movimento tem nos aproximado de Z, pois antes, quando bebia, apesar de ir ao CAPS, não aceitava com facilidade ser atendido. Queria apenas ser medicado.

Outro dispositivo coletivo utilizado pelo CAPS em que trabalho é o *grupo de tratamento*. Tal grupo foi criado por James Alberto de Moura, psiquiatra e praticante da psicanálise, a partir de um impasse, que se deu no cotidiano do CAPS, envolvendo questões tanto da equipe como da assistência. Ele nasceu numa reunião de equipe de referência diante da constatação de que o *grupo de encontro* não estava funcionando. Este grupo consistia em propiciar um encontro entre todos os profissionais da equipe de referência e pacientes daquela referência<sup>2</sup>. A constatação foi obtida através da observação da pouca adesão e da escuta. Os poucos pacientes que freqüentavam não falavam de suas vidas: conversas triviais que pouco colaboravam para a construção do caso clínico. A equipe não queria dar um peso maior na investigação da vida dos pacientes, não queria ser invasiva, mas, por outro lado, ficava superficial.

Junto a isso, constatou-se também que o *grupo de medicação* era bem freqüentado pelos pacientes. É importante destacar que, em tal grupo, a medicação era usada como

---

<sup>1</sup> Passagem ao ato é o “resultado da expressão das pulsões agressivas que aparecem no curto-circuito da palavra muda” (Lacan, 1987), ou seja, muitas vezes, quando o psicótico não é escutado, quando não consegue pôr na palavra, ele passa ao ato.

<sup>2</sup> O grupo de encontro também é oferecido por outros CAPS em Campinas, e será verificado nos resultados da pesquisa o entendimento desse grupo por outros profissionais.

um elemento disparador para a fala de outras coisas da vida. Não era um grupo para colher sinais e sintomas e falar de medicação. Fala-se disso, mas não era só isso. Os participantes desse grupo eram os pacientes e o psiquiatra da equipe de referência. O resultado era que o psiquiatra, muitas vezes, acompanhava mais os pacientes do que os outros profissionais. Junto a essa situação, vem a questão da equipe: desejavam aumento de carga horária de trabalho do núcleo da psiquiatria. Contudo, ao invés desse núcleo aumentar horas, optou-se por convidar os profissionais dos diversos núcleos profissionais a entrarem no campo da psiquiatria, não para prescreverem medicação, mas para saberem dela. E também para dar suporte a outras questões que ficavam centralizadas no médico por estar mais próximo dos pacientes, já que o grupo de medicação tinha boa adesão e não contava com a participação dos outros profissionais da equipe de referência. Assim, pensou-se num grupo em que todos estivessem juntos para que pudessem falar do que quisessem, inclusive da medicação. Deu-se o nome de *grupo de tratamento*.

A equipe de referência criadora do dispositivo levou a invenção à reunião de equipe do CAPS. Conversamos, discutimos, analisamos e optamos por todas as equipes de referência, cada uma na sua singularidade, oferecerem o *grupo de tratamento*. As falas dos diversos profissionais mostravam questões relativas ao núcleo e campo de competência, a transferência dos pacientes, questões, enfim, do cotidiano de um serviço de saúde mental. Assim, deixamos de realizar os *grupos de encontro e de medicação* para realizarmos um dispositivo que nos cabia melhor, devido ao momento em que estávamos passando.

O *grupo de tratamento* não tem uma formatação, nem a obrigatoriedade de um *setting* fechado, mas mantém a lógica de um vínculo discreto. De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra 'discreto' significa, dentre outras conceituações: reservado em suas

palavras e atos, que sabe guardar segredo, prudente, modesto e que não se faz sentir com intensidade.

Outro dispositivo coletivo utilizado pelo CAPS é a *oficina*. Elas são oferecidas em diversas formas – culinária, esporte, música, escrita, costura, horta etc. Os pacientes da unidade são convidados, mas não são todos que as freqüentam. São espaços ofertados que utilizam, como recurso, algum tipo de material: na oficina de música, instrumentos musicais; na de bijuteria, peças diversas para a confecção de colares, brincos e pulseiras...

Tanto as oficinas quanto os grupos, assim como também as assembléias são, a meu ver, importantes dispositivos para o tratamento dos pacientes. Essa importância já havia sido verificada no percurso do aprimoramento, mas, mais uma vez, o que faz as práticas grupais serem terapêuticas? Pude presenciar situações extremamente delicadas nesses dispositivos que tocam algo do particular que o coletivo não pôde dar o contorno necessário. Assim, instalam-se outras questões: como fazer, de fato, com que esses dispositivos coletivos tratem o particular? O que a literatura aponta como potência desses dispositivos? O que têm de particular tais atividades quando se destinam a psicóticos? Assim, o presente e meus interesses destacam, em forma de pergunta, meu objeto.

## **2. OBJETIVOS**

Objetivo geral:

- Conhecer e analisar as práticas grupais desenvolvidas nos CAPS do município de Campinas (SP).

Objetivos Específicos:

- descrever quais são essas práticas, como se dá a formação dessas práticas e as respectivas coordenação;
- analisar como o dispositivo coletivo pode tratar o particular;

- analisar, através da literatura, o que faz essas práticas serem terapêuticas.

## **2.1. Campo**

A escolha da cidade de Campinas (SP) justifica-se pela aproximação minha com o campo e também devido à complexidade e extensão do sistema de saúde mental na cidade, bem como seu pioneirismo na implementação de quatro CAPS 24h, o que a tornou referência nacional no processo de reforma psiquiátrica, como atesta o recebimento do prêmio “*David Capistrano das Experiências Exitosas em Saúde Mental no SUS*”, conferido ao município durante a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002).

Em Campinas (SP), o movimento da Reforma iniciou-se com o desafio proposto pelo Seminário de Saúde Mental realizado nesse município em 1989 (Palmieri et al., 2001) e também por meio da co-gestão, aprovada em lei municipal de maio de 1990, entre o “Hospício do Arraial de Sousas” – atual “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” – e a Prefeitura de Campinas (Braga Campos, 2000; Valentini, 2001). Em março de 1991, é inaugurado o Hospital-Dia (Palmieri et al., 2001), que marca o primeiro serviço substitutivo da cidade de Campinas. Os CAPS foram constituídos, de fato, em abril e maio de 1993, sem que houvesse, nessa época, o recurso de funcionamento 24 horas (Braga Campos, 2000). O CAPS Estação foi a primeira unidade da cidade a funcionar com o recurso do leito-noite em abril do ano 2000 (Furtado, 2001).

Destaca-se também a existência, atualmente, no município, de seis CAPS de nível III, um para cada região (norte, noroeste, leste e sul) e dois localizados na região sudoeste. Há também um CAPS Infantil e dois CAPS AD (álcool e outras drogas), que são referências para todo o município. O fato de ter pelo menos uma unidade por região é uma condição necessária para atender à diretriz de regionalização do SUS e rara entre as

idades de médio e grande porte brasileiras. Além disso, os CAPS de Campinas apresentam um extenso percurso na assistência a seus pacientes, já que foram inaugurados a partir do ano de 1993.

Desde suas inaugurações, os espaços coletivos eram ofertados como dispositivo da assistência. Dentre tantas invenções que condizem ao cotidiano de um serviço destinado a psicóticos, meu interesse de investigação principal é a prática grupal. Entendo que, quanto mais percorrermos experiências diferentes, mais ampliamos nossos olhares.

Os CAPS oferecem tratamento às pessoas psicóticas e neuróticas graves. No entanto a presente pesquisa irá limitar-se a trazer questões sobre a psicose, visto o interesse de estudar dispositivos coletivos destinados a psicóticos.

### **3. PSICOSE**

Parto da referência da psicanálise lacaniana, que considera a existência de três estruturas clínicas: neurose, perversão e psicose. Conforme o mecanismo utilizado, ou seja, o modo com que cada indivíduo lida com a castração, este determina sua estrutura. Na neurose, há o recalçamento (Verdrängung); na perversão, o repúdio (Verleugnung); e, na psicose, a recusa ou forclusão<sup>3</sup> (Verwerfung) (Cervelatti, 2005). Cada uma dessas estruturas clínicas apresenta questões diferentes. Porém irei especificar as da clínica da psicose, baseada nesta orientação, ou seja, a lacaniana.

Assim, a psicose é uma escolha insondável do ser: escolhe foracluir a castração, portanto não é uma questão de déficit, não é uma deficiência. Tal leitura permite colocar essa estrutura ao lado das outras. É a partir daí que se lança o olhar para permitir que o sujeito psicótico encontre seu próprio tratamento, inventando suas soluções particulares

---

<sup>3</sup> Lacan empresta do discurso jurídico o adjetivo 'forclusivo' que refere a um direito não exercido no momento oportuno. Em português, equivaleria ao termo jurídico prescrição, que é toda exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo útil.

(Zenoni, 2000b). Muitos psicóticos não chegam aos serviços de saúde, porque, devido a suas soluções particulares, conseguem fazer algum tipo de ancoragem. Contudo alguns não conseguem encontrar uma solução. Ou pior, alguns acham, como solução, algo muito radical, que coloca em risco a própria vida ou a vida de outras pessoas. São esses os psicóticos que chegam aos CAPS, pois, de alguma forma, os seus próprios recursos não foram eficazes o bastante para impedir que sua subjetividade transbordasse no campo social (Mattos, 2003). Cabe ressaltar que alguns psicóticos, apesar da gravidade do quadro, recusam o tratamento, e quem procura ajuda são seus familiares, vizinhos...

A clínica da psicose é uma clínica complexa. Freud (1996a) colocou, em seu texto “Sobre a psicoterapia”, que a psicanálise não seria a maneira mais apropriada de tratar a psicose. Entretanto considerava que, mediante modificações adequadas do método, poderia se pensar numa psicoterapia para as psicoses (Freud, 1996a). A teoria lacaniana propõe algumas modificações para que a psicanálise possa ser utilizada no tratamento com psicóticos. Lacan (1998a) traz a necessidade de colocar uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose, trata-se de uma ação que ele chama *manobra de transferência*. Entende-se por manobra a maneira como o profissional se situa em face da situação da transferência. Nas palavras do próprio autor: “...essa questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses, que introduz, como vemos, a concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência” (Lacan, 1998a, p. 590).

Freud (1996b), em seu texto ‘Transferência’, coloca que os psicóticos dificilmente apresentariam fenômenos de transferência e, nos casos em que ocorressem, não seriam manobráveis pela via da interpretação. Em suas palavras:

A observação mostra que aqueles que sofrem de neuroses narcísicas<sup>4</sup> não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo tampouco podem ser influenciados pelo médico; o que este lhe diz, deixa-os frios, não os impressiona;

---

<sup>4</sup> Vale lembrar que Freud faz referência a psicose através da expressão neurose narcísica.

conseqüentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à regressão – neles não pode ser executado (Freud, 1996b).

Lacan (1998a), no entanto, nos traz como ocorre a transferência na psicose. Ela se dá pela via da erotomania. O psicótico está numa posição de objeto do Outro. Está exposto a uma invasão sem barreira e, se o trabalhador de saúde mental não tiver conhecimento da singularidade dessa estrutura, poderá ocupar um lugar invasivo ou de perseguidor. Para o sujeito psicótico, quem sabe, quem tem a certeza, é ele. Portanto é importante operar com o saber do paciente e não com um saber sobre o paciente.

L. é um paciente que vai ao CAPS todos os dias. Numa determinada fase, começou a evacuar no jardim. A equipe o repreendia, dizendo-lhe que ali não era o lugar adequado para isso (e não é mesmo). Porém essa intervenção não tinha efeito, e L. passou a ficar hostil com a equipe, não conseguindo mais cumprir nenhum combinado. Um dia, ele ficou muito bravo e começou a falar: não entendia por que a equipe estava do lado dos “homens maus” (sic) que queriam pegá-lo no banheiro. A questão estava aí, homens maus que queriam pegá-lo. Através dessa fala, a equipe pode manejar a situação, perguntando-lhe como poderia ajudá-lo. E a solução que ele deu foi a de chamar alguém da equipe quando quisesse ir ao banheiro. Assim, esse profissional ficaria do lado de fora, para impedir que os “homens maus” entrassem lá. Seu pedido foi acolhido e, com o tempo, L. passou a ir ao banheiro sozinho. A equipe estava colocando o saber sobre L., dizendo que o jardim não era o local adequado, mas, no momento em que operou com o saber dele, deu a condição para que ele próprio inventasse sua solução.

Aqui, a necessidade de dar atenção às falas e as indicações dadas pelo paciente de como está a transferência fazem-se mais que essenciais para que o tratamento seja possível. Aquele que trata não pode ocupar o mesmo lugar do perseguidor, daquele que sabe e que, junto a isso, goza (Kaufmann, 1999).

M. é um paciente jovem, que passava por períodos longos de internação. Quando começou seu tratamento no CAPS, com muita frequência, nos pedia que o internássemos. Em um desses pedidos, a equipe contratou com ele que ficaria “internado” no CAPS: ficaria no leito-noite, não poderia sair desacompanhado, seria atendido

todos os dias nos diversos períodos. No dia seguinte desse combinado, M. pede para ser atendido por mim. Faz o pedido na sala de televisão e eu aceito seu pedido, mas proponho de conversarmos em outro local e aponto esse local com o dedo. Era um espaço, no quintal, que tinha duas cadeiras e estava mais esvaziado de pacientes. Imediatamente depois dessa minha fala, M. me olha de cima a baixo e pergunta: “você quer ficar sozinha comigo? O que você quer comigo?” (sic).

Provavelmente, a transferência erotomona poderia se instalar. Avisada disso, fiz algumas manobras para tentar manejar essa situação. A utilizada foi manter certa distância. Quando M. me faz aquelas perguntas, uma outra paciente pede que eu a atenda com urgência, pois não estava se sentindo bem. Faço o cálculo e atendo primeiro essa paciente. Isto foi o passo inicial para esvaziar a erotomania. Atenta à transferência que poderia se instalar, optei por afrouxar o vínculo: diminuí o número de sessões e elas duravam menos tempo e, junto a isso, oferecia outros membros da equipe para atendê-lo. Utilizei desse recurso até a transferência erotomona esvaziar.

Os manejos citados são ferramentas clínicas que fazem parte do dia-a-dia de um trabalhador praticante da psicanálise em instituições de saúde mental. Ciente de como a transferência se dá na psicose, fica mais fácil saber qual ferramenta utilizar naquele momento e para aquele caso.

Outra ferramenta que considero importante na clínica é o conceito de analista secretário (Lacan, 1988). Ele secretaria o paciente, não faz por ele.

S. é uma paciente que atendo individualmente há mais de dois anos. Quando começo a atendê-la, ela estava em crise, e o que desencadeou essa crise foi um delírio com os vizinhos. Era esse delírio que também tinha desencadeado as crises anteriores. S. me dizia que se dava bem com os vizinhos, até que as crianças começaram a jogar a bola no quintal de sua casa. S. foi até a casa da mãe de umas das crianças e reclamou. Quando voltou para sua casa, já se apresentava muito delirante, dizendo que escutava os vizinhos conversarem sobre ela, a chamando de louca e vagabunda. Para sair dessa situação, pede para mudar de casa. Apesar de a equipe ter acolhido a idéia, todos sabiam que não seria o fato de ela mudar de casa que trataria desse sintoma. Intensifico

os atendimentos. Em um deles, pergunta se eu acho que, na nova casa, terá crianças na vizinhança, respondo que, no bairro em que está procurando, é muito comum. No atendimento seguinte, traz que o problema não são as crianças e sim crianças que jogam a bola em sua casa. Instala-se numa nova casa, bastante ansiosa para “ver” como são os vizinhos. Os conhece e gosta do que vê: traz que são pessoas educadas, atenciosas, que sempre param para conversar, saber como ela está. Tem crianças, mas que elas jogam bola na pracinha. Um dia, chega ao atendimento mais ansiosa do que de costume. Relata que a bola das crianças caiu em sua casa por duas vezes. Conta, ainda, que uma das crianças falou que “estavam jogando de propósito” (sic). Refere o medo de começar tudo de novo e de ter que mudar, novamente, de casa e então diz que irá conversar com a mãe da criança que jogava a bola de propósito. Conta como irá falar com a mãe: “seu filho tem jogado a bola na minha casa de propósito. Pensei que ele fosse mais educado. A senhora tem que dar um jeito de ele parar” (sic). Explica que pensou em falar dessa maneira para deixar claro que não está gostando da situação e que, se eles são mal educados com ela, ela também será com eles. É aqui que faço a intervenção re-lembrando a paciente de que ela trazia, nos atendimentos, que seus vizinhos sempre foram educados. S. concorda e pede ajuda para pensar numa conversa “mais educada” (sic). S. conversa com a vizinha, que recebeu bem o pedido. A paciente se tranqüiliza.

O analista secretário é aquele que se oferece para articular a linguagem em discurso. Aqui a aposta foi a de promover, através das intervenções, que a paciente se disponha a dar conta de uma elaboração, aquela que for possível, dos fenômenos que lhe diz respeito. Pode-se dizer que o analista se torna um secretário pouco competente, deixando sempre algo por fazer, para que o paciente tenha possibilidade de fazer do seu jeito (Bueno et al., 2008). A função do analista secretário é de limitar o gozo. Fazer limite ao gozo nos momentos mortíferos para o sujeito (Viganò, 1999). O analista secretário tem o conceito e, baseado nele, escolhe o que valorizar da fala do psicótico (Horne-Reinoso, 2001). No caso citado, optei por marcar a “educação” dos vizinhos, pois era algo que a paciente trazia em todas as sessões. Lembrá-la da “educação” permitiu que ela desse um outro contorno à situação e, de maneira educada, conversou com a vizinha, que respondeu do mesmo lugar.

Muitas vezes, o psicótico vê no analista um sujeito “suposto-entender”. Um sujeito que supostamente entende suas produções delirantes é denominado de analista – testemunha. Quando o analista aceita esse endereçamento, ele está se colocando do lado do paciente, testemunhando seu esforço de ter no horizonte sua salvação, a metáfora delirante (Viganò, 1999). Entende-se por metáfora delirante a estabilização do trabalho associativo delirante, é o ponto de basta. Como exemplo, pode-se pensar no caso Schreber quando se constituiu “a mulher de Deus” (Beneti, 2006).

É necessário ressaltar que a clínica lacaniana não tem um modelo a seguir, não há um *standard*. É uma clínica que se baseia no caso a caso e no acontecimento imprevisto. As manobras citadas são uma maneira de dar nome ao real da experiência.

“A psicose é isso diante do que um analista não deve recuar em nenhum caso” (Lacan, 2001, p. 8) é uma famosa frase de Lacan, que indica àqueles que se propõem a trabalhar com esses sujeitos, por mais complexos que possam ser, a necessidade de permanecer tentando. Os desafios são muitos. Há psicóticos que se recusam a sair de casa, há os que se recusam a falar e também aqueles que não param de falar. Há sujeitos psicóticos que deliram a maior parte do tempo. Há os que alucinam, vêem e escutam coisas, muitas vezes, vozes de comando, que exigem coisas delicadas, como agredir a si mesmo. A esses psicóticos, que têm sintomatologia produtiva, chamamos de psicose extraordinária. Contudo, na prática do CAPS, também nos deparamos com as psicoses ordinárias (Miller, 2003). São nomeadas dessa forma, ordinárias, por serem comuns, freqüentes. Trazem, geralmente, sintomatizações no corpo típicas da contemporaneidade, a saber: os graves transtornos alimentares de anorexia e bulimia, os usos compulsivos no alcoolismo e nas toxicomanias, as manifestações hipocondríacas e os fenômenos psicossomáticos, e outros. São pacientes que nos surpreendem pelo fato de não se apresentarem na forma clássica da psicose desencadeada. São sujeitos

psicóticos por estrutura, mas que não possuem sintomatologia produtiva, o que, muitas vezes, leva-nos a confundi-los com sujeitos de estrutura neurótica. Nas palavras de Mazzotti (2008):

A psicose ordinária tem, a princípio, uma conotação simples, fundada no fenômeno clínico: ordinária é o contrário de extraordinária. Não se vêem alucinações, fenômenos elementares significativos, nem um delírio articulado. (...) Estamos, ao contrário, em presença do que, intensamente, confunde-se com o que não é psicose... Confunde-se, mas não o é, porque, em algum lugar; em alguma nítida inflexão do sem sentido em uma enunciação; em alguma atenção um pouco particularizada demais sobre um fenômeno no nível do corpo; em alguma conseqüência um pouco marcada, um desequilíbrio conseqüente a uma contingência aparentemente banal, revela-se precisamente uma psicose. (Mazzotti, 2008, p. 286).

Enfim, há uma quantidade de situações complexas que exigem do trabalhador de Saúde Mental um preparo para lidar com e conseguir tratar o sujeito psicótico. Mesmo quando falamos de uma única estrutura, no nosso caso, a estrutura psicótica, é necessário entender que existem tipos de sintomas que decorrem da estrutura, mas não é porque decorre da mesma estrutura que tenha forçosamente o mesmo sentido (Lacan, 2003a). Ou seja, há sintomas típicos de cada estrutura, porém o sentido de um mesmo sintoma é distinto em sujeitos diferentes e está articulado às experiências individuais de cada um. É isso que determina que só existe análise do particular, independente de onde essa análise é feita, seja no dispositivo individual ou no coletivo. Os CAPS, instituições para sujeitos psicóticos, proporcionam, em seu cotidiano, que o profissional possa usufruir desses dois dispositivos para a análise do particular. Assim, o capítulo seguinte tem a intenção de mostrar os diversos dispositivos que esses serviços utilizam para tratar desses sujeitos.

#### 4. A CLÍNICA DA PSICOSE NO COTIDIANO DO CAPS

Trazer a clínica do cotidiano do CAPS a esse trabalho tem a intenção de apresentar alguns dispositivos utilizados para fazer operar a clínica. São eles: triagem, equipe de referência, leito-noite, projeto terapêutico individual (P.T.I.), acompanhamento terapêutico, visita domiciliar e o acolhedor da demanda do dia (A.D.D.)

A *triagem* é o primeiro contato do paciente com o profissional e com a instituição. Trata-se de um momento fundamental. Nem sempre esse momento é de um só dia, muitas vezes, fazem-se necessárias outras entrevistas. Contudo, seja em uma ou em mais entrevistas, é o momento em que o sujeito se apresenta, e a maneira que ele o faz é importante para nortear o tratamento. O profissional o convida a contar sua história, não apenas a da doença, mas, principalmente, sua história de vida e tudo que nela está implicado (Onocko Campos, 2001). É o primeiro momento em que escutamos a fala do paciente e o fizemos para recolher, reunir, as palavras, os enunciados e os significantes. E disso, junto com o paciente, pensar num tratamento possível. Algumas vezes, conseguimos pensar num diagnóstico nesse espaço, em outras, só conseguimos pensar ao longo do tratamento. O diagnóstico é importante para orientar o tratamento. Cabe ressaltar que não é necessário enquadrar o paciente em um número do CID (Código Internacional de Doença) para o tratamento se iniciar. O fundamental é reconhecer e fazer algo pensando na particularidade desse novo paciente.

Para favorecer essa particularidade, trabalha-se com o recurso de *equipe de referência*. Campos (1999) propõe o arranjo: equipes ou profissionais de referência. Tal arranjo é um facilitador para deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, e, ainda, potencializar os efeitos da interdisciplinaridade. É sabido que há CAPS que se utilizam do arranjo de trabalhar em equipe, há os que preferem trabalhar

com o profissional de referência e, ainda, há a unidade que opta por ter esses dois modelos. “A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário” (Campos, 2007, p. 400). A literatura não aborda claramente a diferença entre o trabalho com equipe e o profissional de referência, embora se encontrem mais descrições das equipes de referência. Essa equipe é entendida como um conjunto de trabalhadores, de categorias diversas, que se responsabiliza pelo acompanhamento de um determinado número de pacientes (Campos, 1999). Trarei, no presente trabalho, o modelo que tenho como experiência: equipe de referência. Num primeiro momento, todos os profissionais dessa equipe são responsáveis por todos os pacientes. Contudo a prática e a psicanálise nos ensinam que é preciso ter certa flexibilidade e escuta para compreender que alguns pacientes irão solicitar mais um profissional do que outro. Isso, geralmente, acontece pelo via da transferência. A equipe tem uma reunião semanal, quando se dedica a discutir e construir os casos clínicos. A equipe de referência ou o profissional escolhido pelo paciente tem a função de transmitir a particularidade daquele sujeito. Construir um caso clínico é a possibilidade de impedir que determinado tratamento arraste-se por toda a vida do paciente e usa como ferramenta a dimensão da clínica.

Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier (Viganò, 1999, p. 56).

Optar por construir o caso com os diversos membros da equipe de referência possibilita um maior aprofundamento do olhar para aquele paciente. Os profissionais trazem para esse espaço o que puderam recolher das questões subjetivas do paciente. Os pacientes sabem dessa reunião e, muitas vezes, colocam o que é importante ser discutido do seu próprio caso.

Z. é um psicótico que faz uso abusivo de bebida alcoólica. Num determinado dia, pede para conversar, antes que eu entrasse para a reunião: “avisa na reunião que preciso ficar de leito-noite por 4 dias” (sic). Z. estava colocando a sua impossibilidade de sair do CAPS nos primeiros dias do seu recebimento do benefício. Dizia que, nesses dias, a vontade de beber era maior e, que naquele mês, não estava se “sentindo forte o suficiente para brigar com a bebida” (sic). Como funcionamos com avaliação diária dos pacientes que estão em leito, Z. queria garantir seu cuidado no período mais crítico. A equipe coloca o saber dele para operar e acolhe seu pedido. Foram 4 dias de intenso trabalho psíquico para Z., com o testemunho de toda a equipe de referência.

É importante ressaltar que o recurso *leito-noite* é um facilitador para que o tratamento continue mesmo em momentos de crise e também pode ser utilizado na intenção de evitá-las (Brasil, 2004-a). No CAPS em que trabalho, entendemos que o recurso do leito-noite pode ser utilizado e é importante que o faça não apenas em crise psiquiátrica clássica. Quando entendemos que há uma crise subjetiva e que o paciente se beneficiará desse recurso, indica-se. Tal crise pode ser com sintomatologia produtiva ou não, não nos norteamos apenas pelo sintoma. No caso de Z., ele pôde utilizar desse recurso antes de beber. Muitas vezes, é esse recurso que possibilita a transferência pela instituição, o que contribui para o avanço do Projeto Terapêutico Individual (Palmieri, 2008).

O Projeto Terapêutico Individual (P.T.I.) refere-se ao cotidiano do paciente e ao conjunto de intervenções e encontros, concreto e subjetivo, dentro e fora do CAPS (Brasil, 2004-a; Palmieri et al., 2001). Ele é elaborado em conjunto pela equipe de referência e pelo paciente. Não sendo o desejo da equipe a operar o P.T.I., ele garante uma assistência específica a cada paciente, sendo a singularidade e a particularidade pontos de partida para o tratamento.

Há situações fora do espaço físico do CAPS, em que se faz necessário o paciente ser acompanhado, de maneira concreta, por um profissional. Chamamos essa

intervenção de ‘acompanhamento terapêutico’ (AT). Este surgiu no início dos anos 70, com a criação de um profissional que seria um “auxiliar psiquiátrico”, acompanhando o paciente dentro ou fora da clínica. Alguns psiquiatras passaram então a indicar o acompanhamento terapêutico aos seus pacientes particulares que se encontravam em crise. Com o passar do tempo, o AT começou a ter uma outra demanda, que é a que encontramos atualmente: um atendimento complementar ao longo do processo de tratamento. O acompanhante tem como *setting* a rua, o mercado, o parque, a praia, o ônibus etc. É uma intervenção que não se dá só com a palavra, mas com os atos (Maia e Pirim, 1997). Conta com a diversidade concreta da vida e tem como objetivo oferecer a atenção necessária à singularidade do paciente, respeitando os espaços – não apenas os geográficos – em que possam estar em dado momento (Bronz et al., 1997).

Outra forma de assistência oferecida fora do espaço físico do CAPS é a visita domiciliar. Como já mencionado anteriormente, há psicóticos que se recusam a ir até a instituição e, nesses casos, utilizamos desse recurso. Também lançamos mão dele quando há a necessidade de falarmos com um familiar, mas que, por algum motivo, não comparece ao CAPS. Então, um ou mais profissionais vai até a casa do paciente ou do familiar para conhecê-lo, atendê-lo, acolhê-lo, medicá-lo, convidá-lo a ir à instituição, ao atendimento ou até mesmo a tomar um café. Enfim, convida o paciente e/ou seu familiar à assistência necessária para aquele momento. É um recurso importante e eficaz, mas que sempre estamos atentos ao modo de utilizá-lo, pois pode ser invasivo.

Ao pensar na particularidade de cada paciente e de cada momento, o CAPS em que trabalho criou um dispositivo que chamamos de ADD (Acolhedor da Demanda do Dia). É uma forma de cuidado que prevê a disponibilidade de um profissional para acolher a demanda dos pacientes já inseridos no serviço. É estar disponível para o encontro inesperado. Esse profissional não tem atividade fixa no período que está de ADD, ele está

à disposição dos pacientes. Esse dispositivo permite que os outros profissionais possam realizar suas atividades e garante que o paciente que, por algum motivo, não pôde estar em tal atividade daquele período seja assistido. Cuidado especial, visto que não tem hora marcada para se angustiar ou entrar em crise. É a oferta de uma escuta que se torna eficaz por valorizar a singularidade daquele que é acolhido no momento preciso.

L. chegou ao CAPS bastante angustiada, perguntando sobre sua equipe de referência. Explico que, naquele momento, estava em reunião, mas que eu estava de ADD, portanto estava à sua disposição. Pede para “desabafar” (sic), e eu a acolho. Traz questões importantes de sua história. Meses depois desse acolhimento, a profissional que a atendia sai do CAPS e pergunta a L. por quem ela gostaria de ser atendida. L. pede que eu comece a atendê-la.

Ter acolhido o seu “desabafo” foi o que fez a transferência acontecer, portanto o ADD também é um espaço facilitador para que os pacientes fiquem transferidos por outros profissionais que não só os da equipe de referência e que também fiquem transferidos pela instituição. A literatura aponta que, para acolher, exige-se uma sensibilidade, pois é necessária uma “espera ativa”, que vai permitir ao paciente manifestar-se (Oury, 1991). É um dispositivo conhecido pelos pacientes, eles sabem que o ADD está lá para ajudá-los, independente da referência, mas, para isso, é importante que aconteça essa “espera ativa”. Esperar que algo aconteça, para daí acolher, é diferente de estar à disposição. Tal profissional permanece em espaços onde os pacientes estão, para que o acesso a ele seja mais fácil e que a sua disposição se torne clara. Estar à disposição no ADD, no caso do CAPS em que trabalho, é essa “espera ativa”.

A intenção foi trazer alguns dos dispositivos que fazem operar a clínica do cotidiano do CAPS. Através desses dispositivos, trouxe conceitos da psicanálise e da saúde coletiva. Há dois conceitos que atravessam esse cotidiano, que reconheço como tradição: a *prática entre vários* e o *arranjo de núcleo e campo de competências*.

## **4.1. Tradições que atravessam o trabalho num CAPS**

### **4.1.1. A prática entre vários**

O conceito da prática entre vários não equivale ao trabalho em equipe multidisciplinar ou mesmo ao trabalho de equipe de referência. Considero que conhecer esse conceito da psicanálise lacaniana pode ser uma alavanca para um trabalho clínico/institucional bastante interessante. Entendo essa prática como uma referência, mas não como um modelo a ser seguido.

O termo, A prática entre vários<sup>5</sup>, foi batizado por Jacques-Alain Miller a uma modalidade de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, feita por várias pessoas, em um contexto institucional preciso, sob a direção de Antonio Di Ciaccia (Ciaccia, 2003). Atualmente, são consideradas outras instituições que exercem essa modalidade. A força do trabalho, nessa prática, é coletiva. São quatro eixos que o norteiam (Stevens, 2007). O primeiro eixo refere-se à não especialização e aplica-se tanto ao trabalho técnico como ao sintoma. A instituição que se designa a cuidar de um único sintoma, seja uma instituição de deprimidos, de esquizofrênicos ou de tantos outros que possamos pensar, ela produz exclusão. Tanto a social como a exclusão do sujeito e de suas possibilidades de invenção. A não especialização aplicada ao trabalho técnico, na prática entre vários, ocorre a partir do fato de que o funcionamento entre os profissionais não se dá pelo saber que cada profissão “carrega”, não se dá pelo núcleo. E, sim, pelo saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata. É um saber que passa por vários profissionais, independente de ter ou não um diploma universitário. A função terapêutica é exercida por cada um e é o ato de cada um que produz efeitos terapêuticos. Assim, não há a rigidez dos lugares pré-estabelecidos pelos diplomas. Cada profissional ocupa um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial. Cabe ressaltar que não é uma

---

<sup>5</sup> Também chamada de ‘prática feita por muitos’.

desconsideração ao saber próprio de cada especialidade, mas, sim, do tratamento ser conduzido sob transferência e não sob o diploma. O porteiro, o auxiliar de higiene etc. podem ocupar um lugar na dinâmica transferencial e também têm responsabilidade na condução do tratamento e na construção do caso clínico.

O segundo eixo é a formação. Ela se dá através de seminários, de grupo de estudos, pesquisas e reuniões, além da relação com a própria análise. As pessoas que intervêm nesse tipo de instituição não são necessariamente psicanalistas, mas, de algum modo, são atravessadas pela psicanálise. O terceiro eixo é a invenção, tanto do paciente, de inventar suas soluções particulares, como das intervenções dos profissionais. A prática entre vários exige, muitas vezes, estratégias de intervenção que devem ser construídas coletivamente nos dispositivos: reunião de equipe e de equipe de referência, grupo de estudo, cotidiano. O quarto e último eixo é a transmissão. As reuniões de equipe dessas instituições são articulações de casos clínicos, uma pesquisa sobre a subjetividade de cada paciente e sobre os efeitos obtidos em cada intervenção realizada, de modo que cada praticante fala da clínica do cotidiano, além de serem responsáveis por publicarem artigos referentes a suas práticas.

As instituições que operam através da 'prática entre vários' têm obtido diversos e importantes avanços nas conduções dos casos a que se dedicam<sup>6</sup>. Essa prática funciona como uma referência, não como um modelo a ser seguido. Cada lugar tem sua particularidade e, a partir de sua necessidade, desejo e demanda, pode-se criar algo a partir dessa referência.

---

<sup>6</sup> Tal avanço pode ser conferido em: "Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 249p."

#### **4.1.2. Núcleo e campo de competências**

O CAPS em que trabalho é atravessado tanto pela psicanálise como pela saúde coletiva. São diversos os profissionais que fazem formação em psicanálise e também são muitos os que se interessam pelas teorias da saúde coletiva. Isso marca tanto uma posição teórica, como uma prática realizada no dia-a-dia de diversos profissionais.

Todos os profissionais são marcados pela teoria e, conseqüentemente, pela prática dos conceitos de núcleo e campo. Essa teoria foi elaborada em 1997, por Campos, Chakour e Santos. No artigo 'Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde', há constatação de que os médicos brasileiros possuem certa liberdade para criarem novas especialidades médicas, e isso, geralmente, acarreta numa fragmentação do trabalho na saúde. Junto a isso, verificou-se a falta de importância e da capacidade resolutiva das especialidades raízes – clínica médica, pediatria, cirurgia geral e gineco-obstetrícia –, o que fez os autores proporem os conceitos de núcleo e campo de competência para a redefinição da abrangência e da responsabilidade do trabalho médico. O campo é uma intersecção com outras áreas, inclui os principais saberes da especialidade-raiz, mas “não caracterizaria monopólio profissional da especialidade”. O núcleo “incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência...” Conclui-se, então, que o campo não tem limites e contornos muito precisos, já o núcleo tem definições bastante delineadas.

Emprestamos os conceitos criados a partir de um impasse da área médica para o CAPS. O trabalho não se dá de acordo com o núcleo profissional, com o diploma: escuta é com o psicólogo, trabalho manual é com o terapeuta ocupacional, conversas sobre medicação é apenas com o psiquiatra... não trabalhamos assim. Trabalhamos com os

conceitos de núcleo e campo traçados pelos pacientes. São as demandas deles que delineiam o modo de operar.

Lembro-me de uma paciente que estava em crise e que há dias se recusava a tomar banho. Num atendimento, essa questão aparece e ela pede que eu lhe dê um banho. Foi uma experiência interessante – nunca tinha dado banho num adulto – e, no decorrer do banho, a paciente falou de diversas situações que nunca havia trazido num atendimento ‘mais formal’.

Esse acontecimento foi algo que, no meu núcleo profissional, não é freqüente; pelo contrário, alguns psicólogos devem achar que é contra indicado, independente do contexto. Da mesma maneira que o porteiro do CAPS não está lá só para abrir e fechar portão, o pessoal do administrativo dirige questões concretas, mas, quando são chamados para a parte simbólica, estão lá. Enfim, é um jogo de lugares, ora campo, ora núcleo, e a regra é a ética.

#### **4.1.3. Algumas constatações da prática com as tradições**

O dispositivo *grupo de tratamento* aproximou toda a equipe ao núcleo da psiquiatria. A equipe de referência, e agora não apenas o médico, tem conhecimento da medicação dos pacientes, do que eles usam, do que eles sentem de efeito colateral, das dificuldades de aderir, das dificuldades de tomar remédio todo dia. Isso tudo tem ajudado a tirar a prática médico-centrada, em ato, para a equipe e para os pacientes. Entendemos que tal dispositivo é um facilitador para que a transferência se dê pela equipe de referência.

Ele tanto nasce de um impasse clínico/institucional quanto funciona tentando minimizar esses impasses. Tenta passar pelo impasse, com a criação de um dispositivo coletivo, criado a partir da escuta clínica, do saber do paciente e de questões institucionais. Algo do grupo de medicação se manteve, porque funcionava. No entanto o

momento vivido indicou que outros saberes precisavam ser agregados. As linhas teóricas que nos atravessam, a referência da *prática entre vários* e do *núcleo e campo profissional* permitiram uma elaboração prática. O grupo de tratamento exemplifica como os impasses podem funcionar como alavanca de uma invenção. Entendemos que é uma experiência, pacientes e equipe experimentando, o que nos faz discutir tal dispositivo com frequência.

## **5. METODOLOGIA**

O método utilizado nesse estudo é o qualitativo, baseado na hermenêutica gadameriana (Gadamer, 1997), com pesquisa de campo. Os dados foram coletados a partir de 12 grupos focais (Westphal et al., 1996), constituídos por profissionais dos seis CAPS de Campinas. Foram feitas narrativas para a análise dos resultados.

### **5.1. A hermenêutica**

Como já vimos, para que a tarefa hermenêutica seja realizada, é necessário que o pesquisador esteja ciente das condições nas quais a compreensão é possível. Essa compreensão se dá através da análise dos preconceitos, que consistem na “realidade histórica do ser de um indivíduo”, mas também das autoridades e tradições assumidas pelo pesquisador.

Gadamer (1997) coloca que a autoridade consiste em reconhecer “que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia, em relação ao nosso próprio” (Gadamer, 1997, p. 419). Entretanto ela não tem a ver com um ato de submissão, de obediência cega ou de abdicação da razão, e sim de um ato de reconhecimento e de conhecimento. A tradição é uma forma de autoridade, é um momento de liberdade e de escolha, assim aceita várias vozes, inúmeros autores. É

na sua essência conservação e, sendo assim, sempre está atuante nas mudanças históricas. Para a tradição ser verdade, ela depende da credibilidade que a razão lhe dá. A tradição permite a volta ao passado, motivada pelo presente e pelos seus interesses. O clássico é uma realidade histórica, à qual a própria consciência histórica continua pertencendo e é submetida. O clássico é aquilo que se diferenciou e destacou-se ao longo do tempo e dos gostos: mediação histórica do passado com o presente. Não é apenas testemunha de algo passado, diz algo a cada presente como se o dissesse a ele particularmente (Gadamer, 1997).

A partir do momento em que estamos cientes dos nossos preconceitos e das tradições que nos atravessam, podemos construir a compreensão hermenêutica. No entanto isso ocorre quando colocamos em suspenso os preconceitos e nos abrimos àquilo que nos causa estranheza do texto. Para conseguir suspender os preconceitos, é necessário conhecê-lo, saber de sua história e constituição. Assim, faz-se necessário o reconhecimento das autoridades, tradição e clássicos por que somos atravessados. Elas revelam nossa posição.

Ao longo do texto, venho 'conversando' com as teorias que reconheço como autoridade e tradição. No próximo capítulo, trarei teorias que abordam questões do coletivo. Utilizo daquelas que reconheço como autoridade e tradição, mas também autoridades e tradição das próprias autoridades.

## **5.2. A técnica dos grupos focais e os sujeitos da pesquisa**

A técnica de grupos focais para coletar dados vem sendo amplamente utilizada em diversas áreas, inclusive na da saúde, na intenção de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços. Essa técnica possibilita a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham algo em comum. É visto como um espaço

facilitador para emergir a opinião de alguns através dos comentários dos outros (Westphal et al., 1996).

Referidos grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre determinado tema. Assim, possibilitam a apreensão não apenas dos participantes do grupo, mas também de o porquê pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consenso e dissensos existentes naquele grupo (Westphal et al., 1996).

A literatura indica, para a composição dos grupos focais, cerca de 6 a 15 pessoas que devem ser escolhidas por apresentarem pelo menos um traço em comum, importante para o estudo proposto (Westphal et al., 1996).

Para a coleta de dados da presente pesquisa, utilizei os grupos focais realizados para o estudo “Pesquisa avaliativa da rede CAPS de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva”, realizada entre os anos de 2005 e 2007. O estudo tinha como objetivo conhecer o modo de funcionamento dos CAPS e propor, junto com os participantes, dispositivos de avaliação de suas práticas. Foram sujeitos dessa pesquisa os trabalhadores e gerentes dos serviços, integrantes do colegiado gestor do município, familiares e pacientes das unidades. Foram realizados 20 grupos focais, em duas etapas, divididos em 5 categorias: 12 grupos com os trabalhadores, sendo 2 grupos para cada CAPS, 2 grupos com os gerentes, 2 grupos com o colegiado, 2 grupos com os usuários, sendo composto por 2 usuários de cada serviço e 2 grupos com os familiares, seguindo a mesma composição dos grupos com usuários. O roteiro para a condução dos grupos era amplo e abordava importantes aspectos do cotidiano da assistência dos CAPS. Toda discussão foi gravada, transcrita e fez-se uma narrativa de cada grupo focal.

A presente pesquisa irá se limitar a utilizar o material advindo dos grupos focais feitos com os trabalhadores das unidades. Utilizaram-se, para sua composição, critérios

da amostra intencional (Patton, 1990). Foram ainda critérios de inclusão: estar ligado há mais de 6 meses no serviço, apresentar interesse e protagonismo nas discussões sobre o serviço e apresentar desejo em participar dos grupos focais. Cada grupo foi composto por 12 trabalhadores de cada serviço, sendo assim também um critério a homogeneidade do local de trabalho. Esses trabalhadores foram indicados pela própria equipe, com o cuidado de que houvesse representatividade de todas as classes profissionais ligadas diretamente à assistência. Foi enviado um ofício a cada serviço, convidando profissionais que cumprissem os requisitos. As questões utilizadas para disparar a discussão no grupo focal com os trabalhadores, na primeira rodada, encontram-se no Anexo I. O Anexo II corresponde ao consentimento livre e esclarecido dado pelos pesquisadores aos profissionais dos CAPS. Tais grupos foram feitos no mês de maio de 2006.

Esses grupos foram marcados por um alto comparecimento dos sujeitos, com no mínimo 10 participantes em cada sessão, e um grande interesse na discussão: houve grupos que chegaram a durar quase três horas, sendo que, na literatura, o tempo de duração prevista é, em geral, de uma hora e meia a duas. Todos os grupos contaram com os mais diversos profissionais – médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, monitores, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Esses grupos aconteceram nos dias e horários em que habitualmente acontecia a reunião de equipe no CAPS, porém foram realizados num outro local, não no CAPS, para que aqueles profissionais pudessem, de fato, estar ali, pois estar na sua unidade de trabalho poderia acarretar saídas do grupo. Ao final da discussão, os pesquisadores lembraram os sujeitos que, daquela discussão, iria se construir uma narrativa e, no segundo encontro, ela seria apresentada.

A segunda rodada de grupo focal, realizada no mês de outubro de 2006, iniciou-se com a leitura da narrativa, construída a partir da transcrição da discussão do primeiro grupo. Considera-se, aqui, que se deu uma volta hermenêutica, pois a narrativa foi lida

por todos os integrantes do grupo e, assim, consideraram-se observações e/ou pedidos de correções que os mesmos faziam em relação ao material. Os pesquisadores questionaram sobre aspectos da narrativa que lhes geraram dúvidas e pareciam-lhes merecedores de uma maior reflexão. Esse segundo grupo também foi gravado e transcrito, sendo elaborada, a partir dele, uma nova narrativa, abrangendo a discussão de todo material levantado pela *“Pesquisa avaliativa da rede CAPS de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva”*.

Para a presente pesquisa, a discussão gravada foi ouvida inúmeras vezes na intenção de conhecer o clima presente nos grupos. As transcrições foram lidas uma a uma. Após a escuta e leitura, selecionei o material produzido pela discussão sobre as práticas grupais e fiz uma narrativa específica sobre essa discussão, ou seja, diferentemente da Pesquisa Avaliativa, cuja narrativa continha todos os temas, optei por construir narrativas apenas com as discussões sobre os dispositivos coletivos, na intenção de um maior aprofundamento do tema.

### **5.3. As narrativas**

As narrativas foram construídas seguindo a proposta de Ricoeur (1997). Narrativas são consideradas histórias ainda não narradas, mas que podem ser contadas, pois já estão inseridas no agir social. O mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal, ou seja, o tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo. A narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal (Ricoeur, 1997).

Através da análise do tempo de Santo Agostinho e da intriga de Aristóteles, Ricoeur elabora a tese da reciprocidade entre narrativa e temporalidade. O círculo entre narratividade e temporalidade não é um círculo vicioso, uma vez que elas se reforçam

mutuamente. Por o tempo ter uma natureza psicológica, ele só pode ser definido e medido a partir da interioridade da alma humana. O passado já aconteceu, o futuro ainda não existe e o presente transita rapidamente entre o passado e o futuro, de modo que acaba não tendo duração. Sobre a Poética de Aristóteles, o autor dá ênfase aos conceitos de Mimese e Muthus. Aproxima esses dois conceitos, que se equiparam como imitação de ações e também como composição dos atos. Narrativa é o agenciamento dos fatos, o que não é, necessariamente, encadeado de maneira seqüencial ou cronológica.

As narrativas produzidas no presente estudo foram feitas a partir das discussões, nos grupos focais de que os trabalhadores participaram. Essas discussões ainda não haviam se fixado na escrita, dessa forma, as narrativas apresentam a história contada pelos profissionais das práticas grupais dos CAPS estudados. Assim, entende-se que constituem a vinda ao mundo de um texto.

### **5.3.1. A construção das narrativas**

As narrativas foram feitas buscando respeitar ao máximo as próprias palavras dos integrantes dos grupos. A maneira como se referiam aos pacientes, aos espaços coletivos, foi mantida. Se, numa determinada fala, referiam-se ao paciente por usuário, isso foi mantido. Os significantes, os adjetivos e as expressões referentes ao tema também foram preservados. Assim, serão encontradas, para se referir ao paciente que se trata no CAPS, palavras como: usuário, cara, sujeito, pessoa... Há diversas falas que se transformaram em parágrafos da narrativa. A linguagem é bem coloquial e optei por não alterar isso, para não correr o risco de mudar o sentido. Esse modo de escrever a narrativa é pela intenção de narrar a história o mais perto possível daqueles que contaram. É tentar garantir a singularidade de cada unidade, ou melhor, de cada trabalhador. É trazer ao leitor a aproximação, possível, do campo.

Na intenção de garantir o sigilo das informações, optei por designar números e não os nomes próprios dos CAPS. Optei, também, por omitir os nomes dados a alguns grupos. Tais nomes levavam o nome próprio do CAPS e, com isso, ficaria visível qual unidade se tratava. Assim, o grupo que chama X Beleza, sendo X o nome próprio do serviço, referi, nas narrativas, grupo de Beleza.

O fato de buscar garantir a singularidade de cada profissional e, conseqüentemente de cada unidade, faz com que esclareça, em alguns detalhes, como construí tais narrativas. Quando coloquei 'alguns de nós', é porque um dos profissionais falou e outros concordaram, seja pela própria fala ou pela observação feita no grupo. Porém só utilizei essa expressão, quando ficava claro que outros membros do grupo concordaram. Assim, também fiz com 'a maioria de nós'. O que difere de 'alguns de nós' e 'a maioria de nós' é que, quando usei o primeiro termo, não me referia à maioria e, sim, a alguns. 'Um de nós' foi usado quando apenas uma pessoa falou, e os outros não se manifestaram, nem através da fala, nem por meio da observação. Quando era a opinião de uma pessoa e a outra discordava, essa discordância foi colocada no mesmo parágrafo com expressões: 'já outro de nós' ou 'outro de nós'. Ou seja, o plural só foi usado quando de fato era mais de uma pessoa e o termo 'maioria' quando realmente era a maioria do grupo.

Quando aparece nas narrativas o termo 'queremos retornar', 'consideramos importante retomar ou ressaltar', 'gostaríamos de reafirmar', são expressões que utilizei para marcar que foram discussões da segunda rodada do grupo focal, trazidas pelos trabalhadores de forma espontânea. 'Gostaríamos de esclarecer' é quando o pesquisador teve dúvida ou quis explorar melhor tal assunto.

As narrativas encontram-se no Anexo III.

## 6. RESULTADO DA HISTÓRIA CONTADA

Todos os CAPS estudados realizam práticas grupais e elas são diversas: passeio, notícias, leitura, música, expressão corporal, culinária, beleza, assembléia, ateliê, esportes, rádio, convivência, ponto-cruz, fuxico, mosaico, cinema, horta, saúde, dança, verbal. Grupos de medicação, de referência/encontro, de comorbidade/dependência.

Um dos CAPS coloca que a maioria do trabalho é realizada em grupo (CAPS 01).

Os CAPS, em sua maioria, dividem suas atividades grupais em dois modelos: os grupos abertos e os fechados. E atribuem a esses espaços diversas funções. Um CAPS relata que todos os grupos têm a função de 'causar coisas' no paciente que frequenta esse espaço. Outra função seria a de providenciar laços entre os pacientes, além de propiciar a sustentação da clínica, a partir dos projetos terapêuticos individuais. Consideram também que tem a função de sociabilização: *"que tem um momento de perceber que existe o outro, que se existe"* (CAPS 02). O CAPS 06 também vê como função a sociabilização, além da função de ganho de autonomia, de convivência e de *"voltar a desejar"*. O CAPS 05 também se vê como espaço de sociabilização e de troca.

Outra função, agora mais específica dos grupos abertos, seria a de incluir os pacientes que são mais quietos:

*... os grupos têm função de incluir pacientes silenciosos, não porque eles são silenciosos, mas porque têm determinado tipo de atendimento de que eles são excluídos. Tem culinária, tem crochê, que são grupos que esses pacientes costumam participar. (CAPS 02).*

Um dos CAPS considera que a primeira função dos grupos abertos é: *"estimular a pessoa a se interessar por alguma coisa"* (CAPS 02).

Outro CAPS traz que todas as práticas grupais têm um aspecto terapêutico, pois, de alguma maneira, estão *"exercitando as possibilidades do paciente se colocar"* (CAPS 06). Esse mesmo CAPS enxerga o grupo como uma estratégia para entrar em contato com o sujeito: *"alguns sujeitos só se apresentam nesse espaço. É uma maneira de*

*acessar indiretamente. A maioria de nós entende que esses grupos são um setting terapêutico com função de efeitos terapêuticos”.*

Um CAPS traz que os grupos podem vir a ajudar o paciente a fazer laços, mesmo quando o paciente está no início do seu tratamento na instituição:

*Porque a pessoa, quando ela chega no serviço, você vê que ela vem com quebra, uma ruptura grande de seus laços sociais, familiares, de trabalho. Então, a clínica, que a gente tenta, é propiciar esses laços, mas propiciar esses laços a partir da subjetividade daquela pessoa. Isso não quer dizer que a escuta tem que ser sempre individual, não é isso! No nosso trabalho, perguntamos: como fazer com que o sujeito consiga formar laços cruciais? Assim, os grupos vêm ao encontro dessa proposta. (CAPS 02).*

Para o CAPS 04, as funções dos grupos são: terapêuticas, de reabilitação psicossocial, de escuta e de traçar projetos terapêuticos. Consideram importante a quantidade de grupo que eles oferecem fora do espaço físico da instituição. Colocam que é onde eles fazem “*oferta de criação de laço social*”.

O CAPS 03 entende os grupos oferecidos como “*um objeto de apoio ao sujeito que ali se trata*”. Entende também que acolher ansiedade e sofrimento não é só pela verbalização: os grupos abertos também podem ser espaços de acolhimento.

O CAPS 01 coloca sua dificuldade em responder, de forma geral, as funções das práticas grupais porque os profissionais buscam olhar cada paciente. Assim, colocam que o mesmo grupo pode cumprir função distinta para pacientes diferentes:

*...um paciente está num grupo de culinária por um motivo, outro está por um motivo oposto. Então, você falar qual que é o papel da culinária, fica muito vago... Se a gente for pôr em palavras aqui, vai esvaziar o sentido. É estar dentro do CAPS para compreender qual o sentido do grupo. (CAPS 01)*

Entretanto conseguem explicar que a roda é para discutir o dia-a-dia do CAPS. Colocam que é a parte democrática e contam como funciona esse dispositivo:

*Eles (pacientes) falam com que eles estão de acordo, o que eles gostariam de mudar. Tudo ali, na roda, é discutido. Aí, eles falam que eles não concordam com tal coisa, então dá opinião, o que é que... como deve fazer pra mudar. Então, eles mesmos que falam, discutem o que deve ser*

*mudado. Isso tem um valor muito grande. O que a gente combina ali, todo mundo cumpre. A gente discute tudo nesse espaço. É um acordo coletivo, os usuários e os funcionários. (CAPS 01).*

Outro CAPS faz referência à assembléia:

*Consideramos interessantíssimo falar do dispositivo da Assembléia, porque muitos manejos são possíveis porque tem a Assembléia, quando uma regra é construída naquele espaço, todo mundo é submetido àquela regra. (CAPS 02).*

Um profissional coloca que os grupos que compõem o cotidiano do CAPS fazem uma 'clínica discreta':

*é essa possibilidade de estar junto com o usuário, fazendo alguma coisa e ouvindo o que ele tem para dizer. Não tem a intenção de remeter o sujeito ao que ele está falando, mas tem ali uma possibilidade de entrar em contato com o sujeito de uma maneira que, numa formatação terapêutica, às vezes não é possível (CAPS 06).*

Esse mesmo CAPS coloca que, às vezes, um grupo é coordenado por um profissional de uma equipe de referência, mas atende pacientes de outras referências.

O CAPS 03 refere que, nos grupos abertos, é difícil saber quais são os pacientes que os freqüentam. Costuma ter alguns pacientes fixos, mas também tem aqueles que estão passando e que se interessam por alguma coisa que está acontecendo naquele momento e entram para participar. Consideram que os grupos abertos têm um caráter mais de convivência.

Os CAPS colocam que as oficinas são abertas, mas há exceção: "...mas às vezes essa oficina conforma grupos fechados, como, por exemplo, a oficina de sexualidade, que é um grupo que acaba se fechando um pouco mais" (CAPS 06). A exceção no CAPS 05 se dá na oficina de mosaico, que atualmente funciona como "semi-aberta".

*"ele já tem alguns pacientes que participam dele há muito tempo e tem uma pretensão de gerar renda. Então, não é assim, qualquer pessoa que queira participar do grupo, passar pelo grupo, pode. A pessoa, se ela vai, ela vai para fazer parte desse grupo".*

Na gestão anterior, o CAPS 04 só podia fazer grupos abertos. A gestão alegava que era para propiciar espaços de circulação, onde os pacientes pudessem estar no seu tempo e não no da equipe, inclusive, permitir que pacientes em crise pudessem estar presentes nos grupos. Um exemplo:

*...o paciente que está em crise e está acontecendo um ateliê que as pessoas podem entrar e sair. Não precisa ficar durante uma, duas horas. O paciente pode entrar, ir lá, nem que seja para fazer um rabisco ou ir desenhar, fazer uma modelagem em argila e sair desse grupo sem ter que ter o nome ou ser um integrante formal desse grupo. Com o tempo, a gente começou a ter algumas críticas em relação a esse modelo.*

Atualmente, o CAPS considera importante a possibilidade de terem grupos fechados, além dos abertos. Sentia falta desse modelo de grupo, principalmente com os pacientes psicóticos mais desorganizados: *“Hoje, nós temos um grupo com pacientes bem graves, que é um grupo fechado, de atividades expressivas, e que considero ter várias funções”.*

O CAPS 05 coloca que o único grupo fechado que realiza é o de referência. Todos os CAPS se utilizam desse dispositivo para tratar seus pacientes. Alguns o chamam de ‘grupo de encontro’ (CAPS 02 e 03) e outros, de ‘grupo de referência’. Apenas para facilitar a apresentação dos resultados, sempre que me referir a esses grupos, os chamarei de ‘grupo de referência’.

Um CAPS coloca que o dispositivo ‘grupo de referência’ favorece o trabalho da equipe de referência e aproxima os profissionais dos pacientes. O fato de ele ser coordenado por mais de uma pessoa, geralmente em duas ou três, possibilita que o trabalho continue, mesmo que um dos profissionais saia da instituição. Também considera esse tipo de organização interessante para que a assistência não fique centrada no médico (CAPS 01).

Outro CAPS conta com a participação de todos os profissionais da equipe de referência nesse grupo: auxiliares de enfermagem, monitor, psicólogo, terapeuta

ocupacional, psiquiatra. Enfim, todos os profissionais que compõem a equipe. Relatam que a discussão é feita de acordo com a vontade dos pacientes: *“...nesse grupo, se discute o que os pacientes trouxeram, sobre qualquer coisa, sobre a vida, sobre o caos. Enfim, o que eles quiserem! Sobre um passeio, sobre vontade de se matar...”* (CAPS 02).

O CAPS 05 também coloca que é um espaço para os pacientes falarem do que tem vontade: *“...é muito aberto, é muito gostoso.”* Os trabalhadores desse CAPS referem que é um espaço de encontro com as referências, com o grupo, com as pessoas. É um momento dos pacientes se colocarem e de se ouvirem. É um espaço de troca: *“poder falar de si e se misturar no coletivo”*. Colocam que todos os pacientes da referência são convidados, mas não são todos que vão.

Os profissionais do CAPS 03 apresentam entendimentos diferentes sobre esse grupo. Um dos profissionais o considera um grupo operativo: *“...o paciente traz uma demanda e a equipe pensa em como essa demanda pode ser resolvida, como se pode auxiliar, mas não se pode interpretar”*. O fato de não haver interpretações é que traz esse entendimento do profissional. A maioria dos outros profissionais não considera esse grupo, operativo.

*Na verdade, a maioria de nós entende o grupo de encontro um espaço que pode servir para aparecer as questões das construções do caso, do projeto terapêutico, porque se a gente entende que o projeto terapêutico é dinâmico, achamos que tem esse espaço onde as pessoas possam encaminhar as questões, onde possa aparecer demandas e aí não são demandas dessa ordem, de cesta básica, passe de ônibus, pode até ser, mas não é... São questões do sofrimento, do que eles estão passando.*

Consideram, entretanto, que o espaço do grupo não trata exatamente as questões do sofrimento. Os profissionais acolhem, encaminham e fazem a articulação necessária para tornar aquele espaço terapêutico. É um consenso que é um grupo terapêutico.

Não são todos os CAPS que oferecem grupos aos familiares. Um CAPS comenta que o grupo destinado aos familiares era conduzido por uma psicóloga que saiu da

unidade. Com a saída dessa profissional, o grupo parou de acontecer. A equipe está se reorganizando para voltar a oferecer esse espaço, pois o consideram importante: “...o grupo de família... é um espaço para acolhê-los e também um espaço que eles podiam falar da sua dificuldade da sobrecarga” (CAPS 01). Na segunda rodada do grupo focal, os trabalhadores retomam essa discussão e contam que estão construindo novamente esse espaço. Mas querem tomar um cuidado:

*...temos que discuti-lo, porque se não vai acabar ficando com os profissionais que conduzem esse grupo. Estamos tendo conversa de corredor porque ainda não foi priorizado um momento no coletivo para se falar do sofrimento que as famílias trazem. Ainda está no individual, ainda está no corredor. (CAPS 01)*

Outro CAPS relata que não faz mais grupo de família desde quando o entendimento deles sobre esse assunto mudou. Aponta que ainda não elaboraram um entendimento e consideram: “que estamos caminhando muito nesse sentido, a gente não tem um saber construído ainda não. O que sabemos é que muitas vezes toda a família é psicótica” (CAPS 02).

O CAPS 04 e 05 oferecem grupo para os familiares dos pacientes assistidos, mas não discutem, no grupo focal, esse assunto.

Todos as unidades fazem grupo de culinária, mas uma discute esse grupo mais a fundo:

*Anteriormente, o grupo de culinária tinha caráter de ser um grupo imperativo, fechado, onde as pessoas tinham tarefas definidas. E hoje, com o retorno do grupo de culinária ao CAPS, ele sai desse lado, de ser uma coisa mais fechada e se torna um grupo mais aberto. Cada segunda-feira tem uma pessoa diferente no grupo, não necessariamente aquela que já estava anteriormente. E o que a gente está percebendo no grupo é que, no final, ele se torna um grupo de atendimento, porque ali, durante todo o processo da atividade de fazer comida, vão aparecendo coisas. Então, isso é muito importante. (CAPS 06).*

O CAPS 04 realiza o ‘grupo de mulheres’. Pela descrição dos trabalhadores, as mulheres participantes desse grupo cozinham e, vão além, elas também vendem. O objetivo desse grupo é de despertar desejos, inclusive o de retomar a função na família.

*Era um grupo de mulheres que ficavam se lamentando, e a gente foi transformando isso. Hoje em dia, elas cozinham, elas vendem... Foi todo um processo, começou a querer vender, tal. E aí vende e todo mundo fica superfeliz, porque, além de ganhar o dinheirinho delas – tipo são dois, três reais que cada uma ganha por dia de grupo, as pessoas vêm procurar para comprar e isso melhora assim a auto-estima. E depois elas chegam em casa, fazem de novo.*

Os CAPS mencionam realizar ‘grupos de medicação’, mas a única unidade que comenta é a 06: “*que não são simplesmente para definir doses... É uma desculpa, um pretexto para que a gente possa aprofundar. Alguns deles até tem tomado um formato terapêutico*”.

O grupo de jornal tem como objetivo, segundo o CAPS 05, “*trabalhar a facilitação da linguagem*”. Sobre o grupo de mosaico esse mesmo CAPS coloca:

*...Porque esse coletivo também dá um contorno, ele não fica só espalhando as pessoas. Por exemplo, uma pessoa que tem um pensamento muito desorganizado, uma coisa de rotina que não consegue levar adiante, uma rotina desorganizada, uma bagunça. Ai, tem um mosaico que funciona muito bem nisso, que ajuda a dar uma organizada nesse pensamento e que também ressocializa porque é um grupo.*

Os CAPS 04 e 06 indicam que, devido a algumas situações e perfil de pacientes, começaram a oferecer um grupo específico para pacientes psicóticos que também fazem uso de substância química:

*Tem um grupo de dependência química, que não são só etilistas ou drogaditos, são alguns pacientes que têm a dependência química como comorbidade. Esse grupo foi criado até por um grande problema que estava acontecendo no CAPS, que era o uso de droga lá dentro, um contra-arranjo com outros comprimidos... Grupo de dependência tem um perfil mais específico... (CAPS 06).*

O CAPS 04 refere que o ‘grupo de comorbidade’ é o que lhe apresenta maior dificuldade. Estão aprendendo a lidar com o aumento de jovens psicóticos que usam substâncias psicoativas. Começaram com um único grupo, ao qual os pacientes com qualquer dependência eram convidados. No decorrer do grupo, perceberam que havia formas diferentes de lidar. Com isso, fizeram dois grupos, um para usuários de álcool e

um para usuários de outras drogas. Colocam a dificuldade para os profissionais de trabalharem com esses pacientes. Em suas palavras:

*...É um espaço que a gente trabalha muito livre, que é para falar do porquê usa e como. Um espaço de trocas. É difícil porque é uma clientela que demanda bastante, que faz uso e que isso, no serviço, tem uma outra implicação junto aos trabalhadores. Isso também é uma outra questão: o trabalhador se desestabiliza, quando se depara com esse tipo de clientela. E um de nós considera que lidar com isso não é só pelo limite.*

Nem sempre os membros da equipe aceitam a diminuição do uso, geralmente, eles querem a abstinência total.

O CAPS 03 traz que o grupo de música é um meio de comunicação e de expressão, mesmo para pacientes que, por algum motivo, não consegue falar: *“tem paciente que não fala, mas toca”*. Sobre os outros grupos oferecidos por esse CAPS, eles acrescentam:

*Cada grupo tem sua característica. Produzir som, às vezes, nem é cantar, é produzir som e a gente vai construindo isso. A gente vai produzindo subjetividades de diferentes maneiras. Assim, estabelecendo relação com pacientes que não poderiam estabelecer relação. Ampliar a gama de atividades que essa pessoa tem na vida, de conhecimento, de possibilidades. Só que aí, em cada grupo, vai ser por um viés: um é por expressão corporal; outro é através da comida, na culinária; outro é um grupo de passeio, é sair na rua; Beleza é pelo cuidado com o corpo.*

O grupo Saúde e Beleza visa mais autonomia e autocuidado, de acordo com o CAPS 04.

Os CAPS 03, 04 e 05 oferecem o espaço de ateliê. Do CAPS 04, na primeira rodada do grupo focal, os profissionais relatam que, quando um paciente entra em crise, ele participa do ateliê, mas ressaltam que às vezes os pacientes não conseguem participar. Na segunda rodada, eles retomam essa discussão, pois houve uma mudança no entendimento desse espaço. Anteriormente, tinha um discurso que: *“um ateliê segura o CAPS”*. Essa fala incomodava alguns profissionais, pois entendem que o

*...ateliê compõe um CAPS, ele não é responsável pela continência da crise. E acontecia muito do pessoal não olhar para a crise, pegar na mãozinha e jogar no ateliê... Existe o paciente em crise que pode querer participar do ateliê, mas não significa que a equipe se isente da*

*responsabilidade em relação à crise. De um olhar, um acompanhamento, um corpo a corpo, delegando ao ateliê essa função.*

Atualmente, é um espaço onde os pacientes podem fazer o que desejam, pintar, desenhar e até mesmo observar os outros ou ficar isolado num canto da sala. Na visão dos profissionais, é o espaço de que os pacientes mais gostam. Tem alguns pacientes que a equipe não precisa chamar:

*Muitas vezes, quando a gente chega ao ateliê, já tem uma fila no corredor esperando para entrar. Tem paciente que está no leito noite e pergunta se o ateliê vai funcionar no período da noite. É um espaço que eles adoram, sobretudo porque é um espaço de construção concreta, das relações.*

O ateliê do CAPS 03 era coordenado por cinco profissionais, e cada um desses profissionais considerava que esse espaço tinha uma função diferente. Todos trabalhavam juntos, mas cada um fazia uma leitura. Uns prestavam mais atenção na produção, outros na fala e outros ainda na relação dos pacientes.

Os CAPS expressam que não obrigam os pacientes a participar de nenhum grupo aberto: *“privilegiamos o desejo de cada sujeito”* (CAPS 02); *“vai mais pela vontade da pessoa de participar ou não”* (CAPS 06); *“são os usuários que acabam escolhendo quais grupos irão frequentar e a gente só vai acompanhando”* (CAPS 05).

Alguns profissionais do CAPS 03 buscam encaminhar os pacientes a um determinado grupo de acordo com a fala dele: *“...se um paciente traz para nós que gosta e que se interessa por leitura, nós o encaminhamos para o grupo de leitura”*. Já outro profissional apresenta as atividades que têm na instituição e aguarda para ver onde o paciente fará transferência:

*...porque às vezes, embora ele goste de leitura, ele vai se fixar em outro grupo, vai estabelecer uma relação com outro terapeuta. É aguardar para ver o que vai aparecer na fala do paciente, a gente acompanha o movimento dele e não o contrário, ele acompanha o nosso...*

Alguns profissionais entendem que esperar para ver onde o paciente irá querer freqüentar é um retrocesso, pois deixam de dar um lugar para aquele paciente.

Os grupos fechados são indicados que o paciente vá: *“a gente não vai forçar a pessoa a ir lá, mas é do projeto”* (CAPS 06).

Um dos profissionais do CAPS 05 acha importante, para os PTIs dos pacientes, formar parcerias com profissionais que conduzem os grupos:

*...incluir no PTI do usuário de participar em grupos de determinados profissionais, onde os olhares estão. Por exemplo, alguém precisaria de uma escuta um pouco mais psicológica. Aí, indicaria um grupo aberto que um dos psicólogos faz, como a oficina de fuxico. Então seria mais pelas bordas e não mais diretivo...*

Esse mesmo profissional considera que essa situação não acontece com frequência devido às relações pessoais entre os profissionais. Esse tipo de encaminhamento ocorre quando o coordenador do grupo é mais acessível ou é mais próximo do profissional que deseja encaminhar. Contudo os profissionais percebem que, quando conversam antes do paciente entrar num grupo aberto, fica mais fácil a aceitação do mesmo.

O CAPS 02 menciona que têm pacientes que não freqüentam grupos porque não conseguem: *“sabemos que têm pacientes que não conseguem entrar num grupo e, para eles, pensamos em outro tipo de assistência”*. Alguns profissionais do CAPS 04 consideram importante respeitar o fato de que não são todos os pacientes que conseguem estar em grupo e, para esses, eles disponibilizam *“uma atenção individual”*. Ressaltam que é uma função da gestão estar atenta para que não aconteçam muitos atendimentos individuais, pois, pelo número de profissionais, eles não conseguiriam atender assim a todos os pacientes. Referem também que: *“alguns pacientes em crise não têm condições de participar de qualquer grupo”*.

Apenas um único CAPS discute os grupos com frequência: *“discutimos sempre os grupos, pois discutimos com frequência a nossa assistência”* (CAPS 02). Discutem os grupos já existentes e também aqueles que serão criados. Não criam vários novos grupos para não correrem o risco de esvaziar os grupos que já estão operando. Por serem discutidos com frequência, os consideram bem estruturados. Os grupos, nesse CAPS, são pensados: *“em função das características pessoais dos profissionais em encontro com a demanda que está ocorrendo no momento”* (CAPS 02).

Outro CAPS coloca que busca potencializar os saberes da equipe e dos pacientes na hora de pensar num grupo: *“...nosso motorista toca um instrumento musical, então ele fará o grupo de música com uma de nós. Tem um usuário que também toca, ele está fazendo convivência....”* (CAPS 04). As ofertas de grupos vão se “reciclando” com o tempo.

O CAPS 05 informa que os grupos são montados a partir do desejo dos pacientes:

*...Por exemplo, o grupo de passeio, eles retomaram e que é uma coisa que fazia super sentido pra eles. Poder estar junto com eles nos lugares que eles escolhem, poder interagir no ambiente que eles escolhem estar, e depois ter a devolutiva disso por parte deles.*

Entretanto os profissionais dizem que os grupos são pouco discutidos, principalmente os que foram criados a partir da demanda dos pacientes. Relatam que, quando vão montar um grupo, pensam minimamente nesse espaço e costumam apresentar para a equipe para contar para que vai servir.

Um dos CAPS faz a discussão sobre as práticas grupais com toda a equipe no planejamento que ocorre uma vez por ano. No último planejamento, combinaram de fazer a seguinte discussão:

*O que é grupo? O que é oficina? Qual a diferença? Discutiremos os conceitos básicos e, aí, a gente vai até reconstruir: que grupos a gente vai oferecer? Que oficinas a gente vai ter? Qual que é o objetivo? Com que frequência? Qual o horário? Quem vai participar? Oficina para quê, né?*

*Só pra dizer que tem uma oficina ou para seguir a programação? (CAPS 01).*

O CAPS 06 refere que as discussões sobre as práticas grupais são feitas entre os próprios coordenadores dos grupos e dificilmente são levadas para toda a equipe. Alegam que, nessas conversas, discutem o paciente no grupo e não o grupo. Entretanto sentem falta de uma discussão com o objetivo de pensar o grupo: *“falta uma discussão de como estruturar um grupo, supervisionar esses grupos que estão acontecendo”*. Houve uma apresentação dos grupos feitos na reunião de equipe, e alguns profissionais a consideraram ‘burocrática’. Apesar da burocracia, um dos profissionais coloca que mesmo assim deveria ter esse espaço. Enxerga aí a possibilidade de apresentar os grupos para outros profissionais e, talvez assim, o grupo possa vir a fazer mais sentido para todos os profissionais: *“coisas burocráticas mesmo, mas que as pessoas que trabalham ali precisariam conhecer melhor”*. Esse profissional relata que, na hora de fazer o grupo de culinária, muitas vezes, tem que avisar os funcionários da higiene que um grupo irá acontecer e que, para isso, a cozinha tem que estar limpa. Assim, outro profissional coloca que isso não é burocrático:

*Isso é exatamente a perda da clínica pela burocracia. É não ter um cotidiano em que a clínica esteja prevalecendo o tempo inteiro, porque se, para fazer um grupo de culinária, tem que lembrar as pessoas que são da higiene, é sinal que aquilo não tem sentido pra elas.*

Consideram que esse tipo de situação aconteça porque os grupos partem da iniciativa particular de cada profissional e raramente passam os grupos para a equipe toda, não se constrói em conjunto.

Os profissionais dos CAPS 05 e 06 colocam que discutem as práticas grupais apenas de maneira informal e que elas se centralizam nos coordenadores dos grupos. Às vezes, os profissionais comentam com a equipe de referência de um paciente que a frequenta e isso ocorre, geralmente, quando tem alguma intercorrência, alguma coisa boa

ou ruim. Mas consideram interessante discutir os conteúdos que emergem dos grupos na reunião de equipe, principalmente nas discussões de caso. Falar de qual oficina o paciente frequenta, como tem sido essa participação e o que ele tem produzido é um jeito de todos os profissionais construírem o caso e não apenas o profissional de referência.

Os profissionais do CAPS 03, geralmente, coordenam os grupos em dupla. E as discussões são feitas apenas entre os coordenadores. Estes sabem quem frequenta e com qual frequência. Algumas vezes, buscam discutir com a equipe de referência como foi tal atividade para determinado paciente. Da mesma maneira que o CAPS 06, discutem os casos e não o grupo. Já levaram para a reunião de equipe o desejo de saber como cada profissional pensa em cada grupo, por entenderem que é um dispositivo de tratamento.

O CAPS 04 também não faz discussões sobre as práticas grupais nas reuniões de equipe. Assim como o CAPS 05, discute o paciente no grupo quando este (paciente) tem uma participação diferenciada. Gostariam de discutir: *“Outro de nós considera um negócio muito louco o que acontece, porque a gente pensa no projeto, só que a gente não tem às vezes retorno do que está acontecendo. A gente encaminha e fica lá, sem retorno”*. Muitas vezes, nem mesmo o profissional referência sabe se seus pacientes estão participando de um grupo. Colocam que também não conseguem escrever nos prontuários o que acontece. Consideram que, se discutissem os grupos, isso faria mais sentido no PTIs e também seria uma forma de potencializar esses espaços.

O CAPS 03 também indica que, se houvesse mais discussão sobre os grupos, o PTI não ficaria prejudicado como atualmente. Isso ocorre pelo fato de encaminhar o paciente para determinado grupo e não ter tempo de trocar o resultado da experiência com o coordenador.

Um CAPS alerta que, devido ao cotidiano ser tão pesado e com tantas coisas para fazer, tem profissionais que chegam a pensar em parar de fazer grupos. Alegam que colegas da própria equipe marcam outros compromissos, como triagem e atendimentos individuais, no horário que seria do grupo. Contudo há profissionais que consideram importante que os grupos sejam priorizados (CAPS 01).

Dois CAPS gostariam de ampliar a oferta de práticas grupais, mas esbarram nos recursos humanos e na estrutura física. Um deles relata não ter muitas salas e, às vezes, chegam para começar um grupo e tem outra atividade acontecendo na mesma sala (CAPS 01). O outro tem o projeto de montar um grupo de geração de renda, mas alegam não possuir material para isso (CAPS 05).

Um CAPS menciona o referencial teórico que utiliza para realizar os grupos: *“nosso referencial teórico para pensar e conduzir os grupos vem tanto da saúde coletiva como da psicanálise, como também da nossa observação”* (CAPS 02).

## **7. TRADIÇÕES QUE SUSTENTAM A PRÁTICA NO COLETIVO**

### **7.1. Grupos Abertos são Oficinas?**

Como vimos nos resultados obtidos, os CAPS oferecem dois tipos de grupos, os quais denominam de aberto e fechado. Os grupos abertos são o dispositivo coletivo oficina? Há diferença entre oficina e as demais práticas grupais? Se sim, qual é a diferença?

Com a Reforma Psiquiátrica, a oficina vem sendo amplamente utilizada enquanto recurso terapêutico. A oficina é vista como um dispositivo terapêutico, pois busca utilizar o trabalho como instrumento para essa finalidade (Lopes, 1996). Mas será que sempre pôr o paciente a trabalho teve finalidade terapêutica? A história revela que não.

No século XVII, o uso do trabalho e da atividade no campo psiquiátrico tinha como função manter a ordem social. O ócio, nessa época, era tido como pecado, e o trabalho era o modo de solucionar tal erro. Os grandes asilos prestavam-se a dar assistência às pessoas inaptas quanto às regras sociais e obrigavam-nas a fazer todo tipo de trabalho, apenas para manter os internos ocupados. Chegou-se ao cúmulo de usá-los para substituir cavalos na moinha (Guerra, 2008).

No fim do século XVIII, pela primeira vez, aparece a idéia de doença associada à loucura. Ao entender que a loucura é um distúrbio interno da razão, abriu-se a possibilidade de a cura ser através do tratamento moral. Assim, o louco torna-se um ser racional e suas atitudes são consequência de um desvio ou erro da razão. Nesse período, o trabalho torna-se recurso da psiquiatria, sob a proteção do pensamento e do tratamento moral. O trabalho vem entre a ciência e a moral e traz, através do “terapêutico”, um novo lugar para o manicômio (Guerra, 2008).

É no século XX que as Oficinas aparecem como um recurso adequado para resgatar a singularidade, a cidadania e a possibilidade de inserção social, ou seja, abrem a possibilidade real da participação e da melhoria da qualidade de vida. É deste mesmo século a invenção do campo da saúde mental e a formalização do campo de práticas e saberes da terapia ocupacional, o que dá um novo enfoque ao uso da atividade. Cabe ressaltar que a importância de conhecer a história do trabalho e das atividades se dá para que não se repitam os mesmos erros, porém com outros nomes ou com discursos mais adequados (Guerra, 2008).

Na década de 1940, Nise da Silveira fez avançar no Brasil a valorização do uso das atividades como recurso terapêutico. Introduz a terapia ocupacional, principalmente as atividades expressivas, no mesmo nível que as demais terapêuticas disponíveis na época. Retira dos hospitais a renda das atividades, dando a finalidade claramente clínica

do uso da atividade. Amplia a indicação aos pacientes agudos, indo além da visão anterior de que o trabalho terapêutico devia ser destinado apenas aos pacientes crônicos. Dá à atividade um caráter de convite, de oferta, e não o de obrigatoriedade ou expectativa de produtividade. Constrói uma postura de respeito e atenção à subjetividade do 'louco'.

Suas inovações foram decisivas para formar o conceito de oficina que temos hoje. Atualmente, as oficinas visam associar o político à clínica do serviço. Político no sentido de ser uma possibilidade de inserção social, de participação na vida pública e cultural de sua comunidade. Na clínica, dentre outras coisas, a sugestão de participação nas atividades das oficinas deixa de ser apenas do psiquiatra (modelo médico centrado) e passa-a para as mãos do técnico de referência ou da própria equipe multiprofissional, levando em conta o interesse do sujeito, quando não parte da iniciativa do próprio paciente. A atividade também deixa de vincular-se diretamente ao diagnóstico ou ao estado clínico do paciente. Cabe a participação do paciente nas oficinas para ajudar na crise, na convivência, na reabilitação ou na ressocialização.

Guerra (2008), ao analisar narrativas de coordenadores de oficinas da rede de Saúde Mental do município de Minas Gerais, encontra quatro modalidades que sustentam a operacionalização das oficinas. A primeira modalidade, a qual o autor denomina 'discurso do déficit', são as oficinas que funcionam com o objetivo de entreter o paciente e, dessa forma, tratá-lo. Aqui, o psicótico é visto como um sujeito infantilizado, incapaz de aprender. Para não ficarem ociosos, fazem "trabalhinhos" que ou ficam na própria instituição ou são levados a seus familiares, marcando, mais uma vez, a visão de incapaz.

A segunda modalidade é chamada de 'discurso do inconsciente'. Nela, o olhar está voltado para a subjetividade e singularidade e para a "sua possibilidade de subjetivar ou simbolizar sua história de vida, culminando com o ideal do apaziguamento ou, em casos raros, de construção de uma suplência, como formas de estabilização" (Guerra, 2008, p.

46). São oficinas, geralmente, atravessadas pela psicanálise, que visam o enlaçamento social possível na psicose. O psicótico é visto na singularidade da estrutura clínica a que pertence.

A terceira modalidade, 'discurso da cidadania', busca a reinserção do psicótico na vida social e política. A oficina tem um caráter político de consolidar a cidadania através do ganho de habilidades e, principalmente, através do resgate da cidadania e do respeito à convivência com a diferença.

A quarta e última modalidade, que é chamada de 'discurso da estética', traz a idéia de que a loucura é uma forma singular e contemporânea de expressão, a qual possibilita diversas formas de intervenção, buscando aumentar o potencial criativo e de produção artística, sempre articulada com a estética. Assim, o psicótico circula pela cultura, através da arte, com sua singularidade. Nessa modalidade, a oficina pode ser vista como meio de expressão, ampliação do universo cultural e circulação social. Cabe ressaltar que dificilmente as modalidades aparecem de maneiras isoladas. Na prática, elas se mesclam.

A oficina pode ser pensada como um lugar social do trabalho e que se dá pela via da criatividade e da produção (particular de cada um), que visa se diferenciar do trabalho repetitivo e alienante para se tornar um trabalho próprio, ressignificante e transformador, que só opera de acordo com cada um, sem garantia de funcionamento para todos.

De acordo com alguns autores, a oficina não exige uma fundamentação teórica rígida, nem um modelo padronizado (Lopes, 1996; Galletti, 2004). Assim, a dimensão ética surge como reguladora de sua operação (Guerra, 2008). É uma atividade que se constrói no cotidiano pelas pessoas que as freqüentam (Lopes, 1996). É um espaço propício para os pacientes fazerem diversas experimentações sociais, e isso possibilita outro modo de inserção no mundo. Nas oficinas, cabem muitas experimentações, e estas são abertas a vários campos e saberes (Galletti, 2004).

Galletti (2004) afirma que, apesar das oficinas não seguirem uma corrente teórica rígida, é importante que exista integração entre pensar e executar. A produção tem que ter sentido na particularidade do indivíduo e é necessário que permita aparecer a criatividade de cada um. Há que se ter preocupação com a singularidade do ritmo de trabalho. As oficinas devem fugir do modelo capitalista – cujo produto é o que mais interessa e que impossibilita o trabalhador de aparecer como sujeito, com sua particularidade e singularidade.

O fato de a oficina ser composta por diversas pessoas não permite uma generalização das produções, dos contratos, dos movimentos. Segundo alguns autores, cabe melhor se referir a esse dispositivo como um grupamento de singularidades (Greco, 2008).

O que diferencia as oficinas dos outros dispositivos coletivos é a materialidade do produto. A oficina oferece uma produção material, concreta, que pode vir a funcionar como um laço e a oferecer certo apaziguamento para o paciente. Nas oficinas, a ética deve vir em primeiro plano: é necessário recuperar o sujeito em sua singularidade e na sua história, tomá-lo como sujeito concreto com todas as particularidades que seu cotidiano traz: “...a oficina... operaria sobre o objeto na psicose, buscando condições de inscrição do louco na vida pública, a partir da singularidade com que cada um se manifesta em sua subjetividade” (Guerra, 2008, p. 54).

## **7.2. O Coletivo e o Dispositivo de Grupo Lacaniano**

Para a psicanálise, não há um sujeito autônomo, independente de sua constituição social. A descoberta do inconsciente e a entrada no discurso analítico através das identificações grupais foram elaboradas por Sigmund Freud. Em 1920, escreveu o texto “Psicologia das massas e análise do eu”. Nele, usa a Igreja e o Exército como casos

clínicos para discutir grupos artificiais. Escreve sobre esses dois grupos, porque ambos apresentam a mesma idéia: há um líder. Na Igreja, é Cristo e, no Exército, é o comandante-chefe. A mensagem que se passa é que o líder ama, igualmente, todos os membros do grupo. Essa mensagem, segundo Freud, facilita o laço de camaradagem entre eles. Assim, há laços libidinais ligando os membros, por um lado, numa linha vertical, ao líder, ao Um e, por outro, numa linha horizontal, aos demais membros do grupo, ao coletivo de semelhantes (Freud, 1996c). Os grupos artificiais se mantêm nessa tensão – linha vertical e linha horizontal –, embora esta não seja sentida. Não o é porque há uma ideologia de que todos são igualmente amados. Contudo, quando as coisas vão mal, a tensão é percebida. Sem o Um, sem o chefe, a tensão aparece na forma de angústia, e o grupo, artificial, não se mantém. Nesse jeito de operar, é o Um quem garante a existência do grupo (Barros, 2008).

Freud não propõe uma forma de tratamento através da prática em grupo, mas sua teoria evidencia o interesse por esse tema. Lacan também se interessou por essa prática. Enxergava, nesse dispositivo, uma possibilidade de tratamento, apenas considerava que não seriam todas as pessoas que dele se beneficiariam. Em suas palavras:

Menos surpreso se há de ficar com este dizer, espero, por ser historicamente verdadeiro, que foi a entrada em jogo do discurso analítico que abriu caminho para as práticas ditas de grupo, e que essas práticas desvelam apenas um efeito purificado, se me atrevo a dizê-lo, do próprio discurso que permitiu sua experiência. Não há nisso nenhuma objeção à prática dita de grupo, desde que seja bem indicada (o que é pouco). (Lacan, 2003b, p. 475).

No texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” (1945), Lacan (1998b) aponta para a questão do coletivo. Diferencia coletividade e generalidade: coletividade “se define como um grupo formado pelas relações recíprocas de um número definido de indivíduos”, enquanto generalidade “se define como uma classe que abrange

abstratamente um número indefinido de indivíduos” (Lacan, 1998b, p. 112). O interesse nessa pesquisa é pela coletividade.

Lacan começa tal texto, trazendo um problema de lógica. O diretor do presídio escolhe três detentos para participar da lógica, mas dará a liberdade apenas a um deles. Será libertado aquele que conseguir resolver o problema. A situação é: três detentos e cinco discos que só se diferem pela cor, três são brancos e dois pretos. O diretor cola um desses discos nas costas dos detentos sem que os mesmos tenham conhecimento de qual cor é a sua, mas estão liberados para examinar os discos de cada um dos outros. O primeiro que conseguir deduzir qual é a sua cor, fundamentada numa lógica, estará livre da prisão. Como se chega à solução de tal problema?

O autor aponta que os prisioneiros só vão encontrar sua liberdade após um instante de ver, um tempo de compreender e o momento de concluir: tempos lógicos para poderem calcular o disco que carregam nas costas. O tempo de compreender é um tempo que só se produz a partir da conclusão. Assim, estendê-lo por muito tempo não deixa de ser uma decisão que pode acarretar, no problema de lógica apresentado, em permanecer aprisionado. A passagem de um momento a outro traz um retorno ao momento anterior e um passo ao seguinte. “Passado o tempo para compreender o momento de concluir, é o momento de concluir o tempo para compreender” (Lacan, 1998b, p. 206). Cada momento pretende a inclusão do seguinte, até que advenha para o sujeito uma asserção sobre si, na qual este se apressa em reconhecer seu lugar. Ocorre também escansão, parada. Isso acontece cada vez que se desenrola um dos momentos do tempo lógico. Essas escansões mostram que o sujeito necessita confirmar sua posição e que sua conclusão não pode ser atingida a não ser pelos outros.

O detento tem que simular para si próprio o pensamento dos outros e, junto a isso, observa a reação de cada um. É o pensamento não isolado, mas dos três. É imaginar o

que os outros estão pensando. Sozinhos, não atingem o resultado, o outro tem que ser levado em consideração. Assim, os sujeitos se produzem a partir do coletivo, encarregando-se, cada um, para encontrar uma solução. Uma solução singular, através do coletivo. É o sujeito que cria suas próprias condições de verificação e eficácia. O que está em jogo é uma invenção, uma invenção em ato. Vale lembrar que o tempo lógico não é uma lógica do tempo, mas uma lógica do ato.

A literatura, no entanto, aponta que a contribuição de Lacan para o trabalho com grupos parte do estudo de Wilfred Ruprecht Bion. Durante a Segunda Guerra Mundial, Bion participou da reforma da psiquiatria inglesa. Os pacientes atingidos por neurose de guerra – termo utilizado na época – eram acolhidos no Hospital Militar de Northfield, onde Bion realizou experiências com pequenos grupos. Tal experiência se deu em duas alas: de reabilitação, que oferecia leito para 400 homens, e de tratamento, com 200 homens. Eles estavam devastados pelo sentimento de inferioridade, encontravam-se desajustados e delinquentes, não suportando a disciplina exigida da guerra. Bion se reunia com esses homens numa sala, com a intenção de promover discussão em grupo. Havia uma forte queixa sobre o modo de funcionar em grupo, e Bion a transforma numa pergunta para o sujeito sobre sua incapacidade de trabalhar em grupo. Com essa pergunta instalada, surgem, rapidamente, a autocrítica e o esforço de trabalho. O resultado dessa experiência, que se iniciou em 1942, foi que Bion conseguiu restabelecer a disciplina de Guerra e fazer com que tais homens voltassem a se sentir útil (Bion, 1975). A proposta de Bion foi formar pequenos grupos que funcionavam de maneira relativamente autônoma, fugindo da afirmação de Freud de que o grupo só se mantém na presença do Um, do líder. “Há uma lógica nesse movimento, que foi a maneira encontrada pelos ingleses de manter uma consistência horizontal, sem necessariamente apelarem a uma consistência exacerbada da figura do chefe” (Barros, 2008, p. 59).

Em 1945, Lacan vai à Inglaterra e conhece essa experiência. Através desse contato, publica, em 1947, o artigo “A psiquiatria inglesa e a guerra”:

...os autores nos trazem de sua atividade num hospital militar um exemplo concreto, o qual, por esclarecer com um despojamento e, diria eu, uma humildade perfeita tanto a ocasião quanto os princípios, adquire o calor de uma demonstração de método. Nele reencontro a impressão de milagre dos primeiros avanços freudianos: encontrar no próprio impasse de uma situação a força viva da intervenção. Assim é Bion, às voltas com as cerca de 400 ‘aves raras’ de um serviço dito de reeducação (Lacan, 2003c, p. 113).

Lacan (2003c) destaca que Bion valoriza a identificação horizontal entre os membros do grupo, em vez da identificação vertical, ao Um. Nesse modo de funcionar, o que reúne os membros do grupo é a tarefa<sup>7</sup> e não o líder. É o que Bion chamou de ‘grupo sem líder’ (Lacan, 2003c). Era proposta uma tarefa que envolvia os integrantes do grupo e a nenhum deles era imbuído uma autoridade pré-estabelecida. Tal tarefa deveria ser resolvida em colaboração, e as dificuldades deveriam ser enfrentadas, o que evidenciava o modo de cada um dos integrantes: alguns se destacavam pela improvisação, outros, pela previsão, pela iniciativa... para, por fim, chegar ao êxito pessoal (Bion, 1975). Fazer o grupo operar pela realização da tarefa produz mais efeito porque desloca os membros dos ideais universais e dá lugar a soluções singulares, uma a uma.

Inspirado nessa experiência, Lacan cria o cartel (Laurent, 2005), que é representado pela fórmula  $x + 1$ . No texto de 1964, ‘Ato de fundação’, Lacan (2003d) traz ponderações sobre o modo de tal dispositivo funcionar: pequeno grupo de no mínimo três e no máximo cinco pessoas, sendo quatro a justa medida e, Mais Um que tem a função de discutir, de provocar a elaboração e de manter os membros do cartel voltados à tarefa (e não ao Um).

---

<sup>7</sup> O termo ‘tarefa’ na presente pesquisa equivale ao significado encontrado no dicionário Aurélio: trabalho a ser executado, geralmente envolvendo dificuldade, esforço ou prazo determinado; e não ao conceito de ‘tarefa’ desenvolvido por Enrique Pichon-Rivière (1998).

Lacan intervém sobre a linha vertical de Freud e, assim como Bion, utiliza-se da linha horizontal, para que cada integrante produza algo (algo singular, de seu próprio interesse, de suas próprias questões) e que circule no grupo, no coletivo. O cartel não se interessa pela interpretação do movimento do grupo, interessa-se pela tarefa.

Voltemos à fórmula,  $x+1$ , que foi proposta por Lacan na Jornada de Cartéis de 1975. O sinal de mais marca uma função diferente que o Mais Um exerce, não significa adição e sim separação. Esse Mais Um é responsável pelo enlaçamento do grupo, ao mesmo tempo em que deve marcar uma separação. Não funciona como líder, funciona como furo que descompleta e enlaça. Um furo que descompleta porque não apresenta um saber pronto e enlaça pela tarefa, provocando a elaboração de cada um sobre o que se pode saber. A construção se dá pela singularidade e não na igualdade. A igualdade, no cartel, está representada pelo fato de haver realização da tarefa e implicação de que cada um apresente uma produção singular. São grupos cuja uma de suas funções principais é preservar a singularidade, não visam o individualismo, nem o universal.

Resumindo, o cartel é um pequeno grupo, sem líder, voltado, principalmente, a estudos e às elaborações de textos, mas também para a realização de tarefas na Escola<sup>8</sup>.

É a partir da estrutura do cartel, que muitos praticantes da psicanálise lacaniana têm conduzido os dispositivos coletivos de tratamento. Essa transposição é possível, pois há pontos que se articulam entre as duas situações: a função do praticante da psicanálise inspirada no Mais Um, o modo de operar, singular no coletivo, e a idéia de um produto do trabalho de cada um (Almeida, 2008). Deixemos de lado o número de participantes (para o contexto assistencial, não há necessidade de ser quatro pessoas) e peguemos a essência do cartel:  $x + 1$ , não tem um líder. Tem, ali, um sujeito que assume uma função: ser Mais Um. Não encarnar um saber, mas fazer o saber dos integrantes aparecer e

---

<sup>8</sup> A Escola é uma instituição criada por Lacan no ano de 1964. Tem por objetivo a psicanálise e, por finalidade, a restauração e a transmissão de seu saber. Site: [www.ebp.org.br](http://www.ebp.org.br)

circular, separar e destacar a singularidade de cada um, os enlaçando pela tarefa e propiciando que cada um faça sua própria elaboração, sua própria solução. Algo que nos lembra muito o manejo com a psicose.

Laurent (2005) aponta que o fundamental na constituição do sujeito e na prática da psicanálise se conserva no dispositivo coletivo. De maneira alguma o grupo deve ser tratado como se fosse constituído de uma subjetividade própria. Não é a idéia de mente grupal<sup>9</sup>, pelo contrário, o Mais Um tem a função de desfazer o efeito de grupo. Este propicia um cruzamento de falas, em que os fundamentos e a prática da psicanálise podem operar, ou seja, no grupo, encontramos os mesmos elementos da operação analítica. De acordo com Reis e Moraes (2008), o trabalho em grupo, sustentado no formato de cartel, evidencia e acelera o que, no início de um tratamento individual, poderia se dar de forma mais velada e demorada. Assim como na análise individual, a transferência também está instalada nesse dispositivo. O que muda aqui é que a transferência ocorre com o praticante ou entre os integrantes do grupo. O amor está em jogo, e ele é o motor e obstáculo ao tratamento. Sobre a transferência nesse dispositivo, as autoras colocam que: "...a transferência no trabalho em grupo se faz presente em suas duas vertentes: em face de resistência, em que opera como fechamento, e em sua face de amor ao saber inconsciente, suporte do trabalho analítico" (Reis e Moraes, 2008, p. 97). As autoras trazem como questão se, a partir do momento em que o praticante não assume o lugar de líder e privilegia efeitos de cortes provenientes do grupo, a transferência se dá, principalmente em relação ao dispositivo?

Quando se forma um grupo, os efeitos imaginários aparecem. Há um movimento à identificação entre os integrantes, que é necessário para a constituição do grupo. Contudo é importante estar atento a esse movimento, pois ele pode encobrir a singularidade dos

---

<sup>9</sup> Mentalidade grupal é uma expressão de Bion, que designa o fato de, quando um grupo é constituído, funcionar como uma unidade, com uma atividade mental coletiva própria e que, muitas vezes, entra em conflito com a mentalidade de cada um dos membros do grupo.

membros (Almeida, 2008). A literatura aponta que a função do praticante da psicanálise no grupo é destacar falas que reconduza o sujeito à singularidade que poderia estar encoberta por esse movimento (Reis e Moraes, 2008).

Assim, os dispositivos coletivos proporcionam a operação: de um lado, trabalhar as identificações horizontais que surgem e que são necessárias para a constituição do grupo e, por outro lado, possibilitam que se opere algo a partir do que sobre ou falte a essa identificação. É nessa sobra ou falta que aparece a singularidade. “Precisamos trabalhar na brecha entre o que se encaixa na identificação e o que lhe é estranho, manejando ambos os aspectos, com o intuito de que cada integrante se sirva do que recolhe dos outros e, assim, encontre saídas próprias para seus impasses” (Almeida, 2008, p. 85).

Aquilo que desencaixa é a abertura para o novo. É estar atento para aquilo que desencaixa para poder reenviar, a cada um, suas questões. O dispositivo coletivo, sustentado pela psicanálise, não visa o individualismo e muito menos as generalizações, visa ao caso a caso, a singularidade. É um princípio que independe do espaço ou da oferta.

## **8. DISCUSSÃO**

Os CAPS de Campinas oferecem diversos espaços coletivos, geralmente chamados pelos profissionais de ‘grupos’. Referem-se a esses espaços por grupo aberto, grupo fechado e assembléia.

Na discussão nos grupos focais, foram poucos os trabalhadores que fizeram a divisão de ‘grupos’ e ‘oficinas’. A diferença aparece pelo modelo de grupo, aberto e fechado. Através da literatura pesquisada sobre oficina, podemos entender que o modelo aberto corresponde a este dispositivo: oficina. O ateliê também é visto como um grupo

aberto. Independente do modelo, aberto ou fechado, as ofertas, em sua maioria, são denominadas de maneira semelhante entre os CAPS: oficina de culinária, de música, de passeio, de horta, grupo de medicação, de referência...

Os CAPS atribuem diversas funções aos grupos abertos, que, a partir desse momento, chamarei de oficinas. Entendem que as oficinas tenham função de socialização, de convivência, de ganho de autonomia, de fazer laços, de reabilitação psicossocial, de 'causar coisas', de escuta, de troca, de acolhimento... Funções também apontadas pela literatura. Ribeiro (2008) faz uma análise do material produzido sobre oficinas vinculadas à saúde mental nos últimos dez anos e elas são descritas, em sua maioria, como espaços de: criação, expressão, produção, transformação, humanização, experimentação, socialização e convivência. Os CAPS atribuem, além dessas funções, as oficinas como espaços facilitadores de traçar os projetos terapêuticos individuais, de incluir pacientes mais silenciosos e ajudar o paciente que está iniciando seu tratamento.

As oficinas podem ser vistas como forma de entretenimento ou de ocupação do tempo ocioso que desorganiza o cotidiano institucional, que, como vimos, não é o olhar dos profissionais dos CAPS estudados. Assim, partindo do olhar dos trabalhadores, elas podem ser, e são, uma articulação entre a clínica e a política. Quando damos ênfase na particularidade de cada caso, no trabalho multiprofissional, na escuta e na invenção de novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico, estamos usando, de fato, o potencial que uma oficina pode ter no tratamento clínico e de reabilitação psicossocial (Greco, 2008).

As oficinas têm capacidade de troca com a comunidade, ou seja, podem ser vistas como um elo com o 'fora' do CAPS. Essa troca se dá através dos produtos e da própria capacidade que geram de socialização (Almeida, 2008). Os CAPS apontam essa função às oficinas, porém, pela discussão no grupo focal, a maioria entende fazer esse elo com o

fora através da oficina de passeio. Há CAPS que fazem referência a realizar oficinas fora do espaço físico da instituição, propondo receber pessoas, além daquelas que fazem tratamento. Alguns serviços também buscam propiciar a socialização através da venda dos materiais produzidos pelas oficinas. Nessas duas situações, os trabalhadores optam, portanto, por utilizar a capacidade que as oficinas têm de fazer o elo com o fora do CAPS. Mas podemos entender, também, que, quando trazem ser esse dispositivo capaz de despertar desejos, vontades, como naquela oficina de mulheres, as quais cozinham na instituição e, quando chegam em suas residências, também preparam o alimento, isso também pode ser considerado possibilidade de elo com o fora do CAPS.

Os profissionais, contudo, dão pouca ênfase ao que se produz, à materialidade do produto, o que é algo delicado se pensarmos que o que diferencia as oficinas das outras práticas grupais é a materialidade. Destacam que pacientes que não aderem aos dispositivos que utilizam a fala como recurso conseguem participar de oficinas de culinária, de crochê, ou seja, oficinas que tratam, principalmente, pelo material. Greco (2008) aponta que trabalhar com pacientes delirantes, através da produção e não da pessoa do paciente, é um caminho interessante para que ele permaneça nesse espaço.

A produção material pode funcionar como laço e oferecer certo apaziguamento para o psicótico (Guerra, 2008). Algo que fica delimitado quando os trabalhadores colocam que, geralmente, quem acompanha são, apenas, os coordenadores das oficinas. E estes não conseguem registrar, nem discutir com os outros profissionais, o que se está produzindo ali. Podemos perder, aqui, a possibilidade de fazer laço e do apaziguamento. Pois a produção só tem efeito terapêutico quando ela é endereçada a alguém. Quando não aceitamos o endereçamento de uma produção, estamos perdendo a possibilidade de sermos analistas testemunha no dispositivo oficina. Cabe ressaltar que o delírio não é a

única produção psicótica que faz com que o sujeito encontre um lugar. A criação artística também pode fazer essa função (Tenório, 2001).

Os olhares e as funções atribuídos pelos profissionais às oficinas nos leva a pensar e a caracterizá-las pelas modalidades de sustentação, chamado, por Guerra (2008), de discurso do inconsciente, da estética e da cidadania. Como o próprio autor afirma, essas modalidades se mesclam na prática. Autorizei-me a não caracterizá-las no 'discurso do déficit', pois, em nenhum momento, os profissionais apontaram que oferecem esse dispositivo na intenção dos pacientes não ficarem ociosos.

Greco (2008), referindo-se a uma oficina de letra, mas que podemos transportar para as demais oficinas, relata ser um espaço onde "trata-se de fazer conviver diferenças, singularidades absolutas, inibições absurdas e certezas plenas, em um espaço onde o laço social era mais meta que pré-condição de trabalho..." (p. 85). Em relação ao laço social, seria uma ótima finalidade pensar a oficina como espaço propício para se fazer laço, no entanto o autor nos alerta sobre laço social forjado, que tem sua função, mas também traz questões delicadas para o sujeito. Em suas palavras:

Sabemos que o laço social forjado sobre um ideal ('ser escritor', por exemplo) tem sua eficácia. O problema de sustentar um trabalho sob essa premissa é que, enquanto o sujeito não o alcança, segue estável sua vida, mas, ao atingir o ideal, pode desfazer-se a tensão que o Imaginário propiciava devido ao êxito (Greco, 2008, p. 90).

Por isso, alega cuidado em publicar algo do material produzido na oficina. Coloca que, se a publicação está vinculada ao significado de 'ideal alcançado' e se o coordenador da oficina não está seguro com essa situação, recomenda-se adiar ou até mesmo esquivar de publicar.

A prática nos dispositivos coletivos demonstra que o mesmo dispositivo pode ser utilizado por mais de uma pessoa com finalidade diferente (Almeida, 2008). Os

profissionais apresentam conhecimento disso, dizem que uma mesma oficina pode ter uma finalidade para um paciente e ter outra para outro paciente.

Os trabalhadores explanam que as oficinas costumam ter participação de pacientes fixos, mas também daqueles que passaram e entraram porque se interessaram por algo. A maneira como indicam esses espaços se dá por duas vias: alguns buscam encaminhar o paciente a uma oficina de acordo com o interesse do paciente, e outros deixam que o próprio paciente escolha. Guerra (2008) coloca, como já vimos, que as oficinas visam associar o político com a clínica do serviço. Esclarece que a questão clínica é levar em conta o interesse do sujeito, quando não parte da iniciativa do próprio paciente. Mas a maneira como o paciente chega nesse espaço não influencia para que ocorra um maior ou menor acompanhamento de sua participação. É interessante os profissionais apontarem que discutir como se dá a participação do paciente na oficina seria uma ferramenta para construir o caso clínico. Sabem disso, mas encontram dificuldade para fazê-lo. É essencial, para a construção do caso clínico, colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos e recolher suas passagens subjetivas (Viganò, 1999). Quando há possibilidade de os profissionais discutirem o trabalho do paciente, os movimentos e as passagens subjetivas, conseguem, muitas vezes, um maior entendimento do caso.

O que é levantado, como diferencial, por um dos CAPS, é que, quando se discute a entrada de uma paciente com o coordenador, há uma melhor aceitação do paciente no espaço. E, por que não dizer, um melhor aproveitamento, já que o coordenador terá certo conhecimento daquele caso, podendo funcionar como um facilitador de sua inserção. Apesar das diferenças existentes, todos os CAPS não dão o caráter de obrigatoriedade à participação dos pacientes nas oficinas, algo conquistado por Nise da Silveira.

Os profissionais atribuem diversas funções às práticas grupais, mas, com frequência, apareceu, no grupo focal, a falta de discussão sobre esse tema na instituição. Quando ocorre, elas são feitas de maneira informal – ‘conversa de corredor’ –, e geralmente se dá pelo viés de passar informações de como está o paciente X naquele espaço. Trazem que são os coordenadores das oficinas quem sabe quais são os pacientes que freqüentam e que os coordenadores só procuram outros profissionais para conversar quando ocorre uma participação diferenciada do paciente, ou seja, aquele que conduz o caso dificilmente o acompanha. No entanto a literatura aponta que, para se utilizar da oficina como recurso do tratamento, o profissional que tem a função de transmitir a singularidade do paciente (de referência) deveria acompanhar sua produção (Greco, 2008). Os profissionais se queixam da dificuldade em discutir e registrar os acontecimentos das oficinas, mas consideram que, se discutissem as práticas grupais com mais frequência, seria uma forma de potencializar esses espaços e também faria mais sentido nos PTIs dos pacientes.

A maneira como as práticas grupais são formadas nos CAPS estudados apresenta uma sutil diferença: tem CAPS que as constrói a partir da característica pessoal do profissional junto à demanda dos pacientes; outro busca potencializar os saberes tanto da equipe como dos pacientes; outra unidade pensa os grupos a partir do ‘desejo’ dos pacientes; e um CAPS alega que parte da iniciativa particular de cada profissional, não os construindo junto com as outras pessoas da equipe. Esse último modo de formação da prática grupal, de acordo com os trabalhadores, dificulta a operacionalização dos grupos no dia-a-dia, pois, para muitos profissionais, tal grupo não faz sentido.

Alguns CAPS comentam que a discussão sobre as práticas grupais é levada para a reunião geral, mas a maioria fica apenas entre os coordenadores do grupo. No entanto destacam a importância de que ocorram mais discussões formais sobre esses espaços.

Estar ciente das oportunidades de um dispositivo pode ser um caminho para se pensar na direção de um tratamento. Saber que uma oficina de costura aceita participantes que não sabem costurar é uma possibilidade de convidar qualquer paciente, mas não um paciente qualquer, que se interesse por isso. Saber que um paciente não ficará restrito a falar apenas de seu medicamento porque está num grupo de medicação, mas que poderá dizer do que tem vontade, pois a medicação é apenas um “pretexto” para se estar ali. Ou seja, a maneira como são ofertados os dispositivos norteia o profissional para convidar, ou não, um paciente.

Todos os CAPS oferecem o dispositivo ‘grupo de referência’ a seus pacientes. É um momento de encontro entre profissionais e pacientes e entre os próprios pacientes. Alguns serviços oferecem esse grupo sob a coordenação de dois ou três profissionais, e outros, por toda a equipe de referência. Essa diferença no modo de conduzir o grupo reflete a maneira como se dá a organização do trabalho dentro do próprio CAPS. Alguns trabalham com profissionais de referência e outros, com equipes de referência. De qualquer maneira, o fato do grupo ser conduzido por mais de uma pessoa é considerado, pelos trabalhadores, como algo importante, pois, caso algum profissional saia da unidade, o grupo tem condições de continuar existindo. Outro ponto levantado a favor desse tipo de coordenação é que a assistência não fica centrada no médico. É um grupo que, segundo os profissionais, os aproxima dos pacientes. A maioria dos profissionais entende que é um espaço para os pacientes falarem do que quiserem, do que precisa ser dito. Consideram-no um espaço propício para ajudar na construção do caso e do projeto terapêutico individual, e todos entendem esse grupo como terapêutico. Infelizmente, não são todos os profissionais que enxergam o grupo de referência como espaço possível de tratar questões do sofrimento. É um grupo que opera a partir da fala. Colocar o paciente a falar, geralmente, produz alívio, mas pode ser apenas uma catarse, uma descarga de

afeto através da fala. Mesmo produzindo alívio, ele pode ser momentâneo, o que acarretaria em uma necessidade infinita. A psicanálise convoca a escuta analítica, a escuta que tem efeitos terapêuticos, que a caracteriza por, além de escutar, o profissional saber destacar da fala, ou até da cena, algo que se encontra fixado (Machado, 2008).

Todos os CAPS estudados realizam o espaço da assembléia. Um dos CAPS denomina esse dispositivo por 'roda', mas, pela função atribuída a essa prática grupal, podemos entender que corresponde ao dispositivo da assembléia. Esta, em princípio, não se trata de um grupo terapêutico, embora, muitas vezes, na prática, obtemos efeitos desse tipo. Esse dispositivo coletivo opera com a circulação da fala, e a consequência desse coletivo é o convite a todos e a cada um em sua responsabilidade na instituição (Figueiredo, 2005).

Na assembléia, discutem-se temas do cotidiano do serviço e formulam-se regras para o andamento da instituição, garantindo a coexistência de todos. Quando essa regra é acatada por todos, não presentifica a vontade do Outro e, sim, presentifica um Outro a que todos estão submetidos, ou seja, todos estão submetidos à mesma regra (Zenoni, 2000a). Assim, por um lado, torna-se mais fácil a regra ser instituída no serviço. Por outro lado, manter a regra a qualquer preço, sem exceção, é um risco, como também é um risco aplicá-la de acordo com o estado de saúde do paciente, ou seja, tal regra decide se o paciente é ou não responsável. Cabe ressaltar a constatação de que considerar o paciente responsável não traz efeitos nefastos sobre ele, enquanto desresponsabilizá-lo pode ter efeitos de desencadeamento (Zenoni, 2000a).

Os profissionais fazem críticas em relação aos dispositivos coletivos. Colocam a importância desses espaços no tratamento, seja do paciente que está inserido, seja daquele que está iniciando o tratamento e também daquele que está em crise. Fazem a

crítica de que não é o espaço por si só que trata. Um saber fazer com o dispositivo é importante para que se consigam efeitos terapêuticos.

A literatura aponta que, quando se trata de oficinas destinadas a psicóticos, que o coordenador tenha conhecimento da particularidade dessa estrutura clínica. Ter um saber teórico da psicose, da transferência que pode vir a se instalar, os manejos para esvaziá-la, as vias de estabilização e os fatores que respondem pelo desencadeamento, demonstram resultados interessantes e, principalmente, mais seguros (Guerra, 2008). Assim, nas oficinas realizadas pelos profissionais dos CAPS, não cabe, como apontou Galletti (2004), não serem fundamentadas numa teoria. Nas oficinas destinadas a psicóticos, é preciso conhecer dessa estrutura e as condições que ela opera, pois há significantes que fazem mal, que podem ser perigosos e há registros que precisam ir com cuidado. Porém também é preciso cuidar para que não aconteça uma 'psicanalização' da oficina, de modo que a produção deixe de ter qualquer caráter estético, para tornar-se objeto de abordagem, estrito senso, da clínica. Com isso, perderíamos a especificidade desse espaço, que é o estímulo à circulação social da produção. Colocaríamos, com a 'psicanalização', as oficinas em pé de igualdade com a terapia ocupacional de orientação psicanalítica ou outras abordagens psicoterápicas clássicas da psicose (Greco, 2008).

Vale ressaltar que não aparece na fala dos profissionais a utilização da prática grupal como recurso mais barato para atender mais gente em menos tempo.

## **9. CONCLUSÃO**

Esse trabalho não é uma apologia aos dispositivos coletivos, nem mesmo uma tentativa de demonstrar que tal dispositivo é melhor que outros. Apenas tento evidenciar que é um dispositivo rico, quando se é bem utilizado. Estar avisado e atento para o que se

pode operar junto a ele é uma possibilidade de tratamento. Podem-se criar laços, destacar singularidades...

Os trabalhadores evidenciam uma série de funções interessantes e importantes para as práticas grupais. O contexto grupal possibilita que o produto<sup>10</sup> de cada um seja levado para o plano coletivo, porém considerando a singularidade de cada caso. Assim como os profissionais, não considero que seja benéfico a todos os pacientes, pois têm pacientes que não conseguem estar, seja na assembléia, no grupo ou numa oficina e, nesses casos, pensa-se num outro recurso para tratá-lo.

Nas práticas grupais, como nos alerta Almeida (2008), é preciso que se trabalhe na brecha entre aquilo que se encaixa e aquilo que se desencaixa da identificação com o coletivo, pois é nessa brecha que a singularidade do sujeito aparece. A maneira possível de o dispositivo coletivo tratar o particular é se ele visar o singular. O coletivo contribui para a produção do sujeito em ato, como coloca Lacan no texto 'O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada'.

Vimos com Laurent (2005) que, no grupo, encontramos os mesmos elementos da operação analítica. Quando pensamos nessa prática destinada a sujeitos psicóticos, temos que pensar na particularidade dessa estrutura clínica. As peculiaridades devem nortear, em todos os momentos, as intervenções dos profissionais. As práticas grupais não são, de maneira alguma, uma exceção a essa colocação.

O trabalhador entender que a psicose não é uma questão de deficiência pode possibilitar que os pacientes criem suas próprias soluções particulares. O que pode dar condições para o saber dele operar é que o saber do profissional não ofusque o saber do paciente. Junto a isso, é importante pensarmos em perguntas que nos ajudem a dar condições para essa operação. 'De que condições se trata? Como promovê-las? São

---

<sup>10</sup> Produto como produção singular de cada sujeito, que pode ser algo material, mas também de uma fala, de uma solução particular.

perguntas facilitadoras para que o psicótico encontre suas soluções particulares (Seidinger, 2007). Diante dessas colocações, podemos pensar que são intervenções possíveis e necessárias em qualquer dispositivo coletivo.

Quando nos referimos ao dispositivo coletivo, estamos, sim, diante de um dispositivo em que as coisas se misturam, mas também se destacam, e o que se destaca é a singularidade do sujeito. Eis aí uma função do trabalhador, prestar atenção naquilo que se destaca de cada um no coletivo. Essa é a possibilidade de estar no coletivo, mas o particular ser tratado.

O jeito de o cartel funcionar, tendo o +1 – sendo esse Mais Um um sujeito que assume a função de não encarnar o saber e, sim, de fazer o saber dos integrantes aparecer e circular, separar e destacar a singularidade de cada um, propiciando que cada um faça sua própria elaboração, sua própria solução –, é uma postura interessante de o profissional assumir a prática grupal.

Já vimos que, na psicose, quem sabe é o paciente, é ele quem tem a certeza do seu delírio. Irmos com um saber estabelecido (do tipo 'eu que sei o que é melhor para você') de nada adianta para a evolução do caso. O modo de operar do cartel é um convite para o não saber, assim como, na prática grupal os profissionais que estariam aí, à título de Mais Um, deixariam o saber dos pacientes aparecer. Fica a função para destacar, valorizar, esvaziar... enfim, o manejo necessário, para que o paciente encontre uma solução particular e singular, mesmo estando num dispositivo coletivo.

O fato de os profissionais conduzirem a maioria dos espaços coletivos em mais de uma pessoa é uma estratégia interessante quando oferecemos esses espaços para sujeitos psicóticos. Avisados da transferência possível dessa estrutura clínica, estar em mais de um pode ser um facilitador para manejar a transferência. O profissional não torna a sua presença massiva, podendo utilizar-se dos recursos necessários para esvaziá-la,

mesmo que seja necessário ficar mais afastado da condução do dispositivo. Algo que não seria possível se a condução se desse por um, pois se afastar poderia significar uma não presença importante para os outros participantes. Da mesma maneira, é uma possibilidade de troca, de construir o caso clínico, mesmo que essa construção ainda se dê, apenas, pelos profissionais que o conduzem.

Como potência do dispositivo coletivo, vimos que ele pode ter efeito de aceleração, o que, num dispositivo individual, poderia se dar de forma mais demorada. No entanto a distinção das práticas grupais se faz necessária a partir do momento em que exercem condições diferentes para tratar o singular no coletivo. Assim, a oficina se destaca pela sua função clínica, mas também política. A assembléia se apresenta como convite à responsabilidade para com a instituição e possibilita diversas intervenções por não convocar o trabalhador para o lugar da lei, da regra. Os grupos “fechados” tratam a partir das falas de cada um. Portanto trata-se da potência do que pode advir de particular no dispositivo coletivo para o singular daquele sujeito.

Os CAPS, em sua maioria, não discutem em espaços formais os dispositivos coletivos. Poucos fazem uma elaboração coletiva do que aquele espaço possa vir a propiciar ao paciente que o frequenta, e depois não acompanham a sua participação. Trazem que muitas discussões são ‘conversas de corredor’. Conversas estas, ao que me parece e até pela experiência de trabalhadora de um CAPS, que são sempre atravessadas pela urgência da psicose, não sendo possível ou pelo menos muito difícil de ocorrer uma elaboração maior, um cuidado necessário para que os dispositivos coletivos não percam sua potência.

A maioria dos CAPS forma suas práticas grupais, dando ênfase nos pedidos dos pacientes, mas são poucas as unidades que constroem com toda a equipe. Os próprios

profissionais alegam que, quando as práticas grupais são construídas em equipe, a operacionalização dessas práticas são facilitadas no dia-a-dia.

A partir dessas conclusões, considero que utilizar o referencial da 'prática entre vários' para os dispositivos coletivos dos CAPS pode nos nortear e ser um facilitador para uma prática grupal com responsabilidade, sem ingenuidade, mas com a potência que oferece. Assim, transporto os quatro eixos do referencial da psicanálise da 'prática entre vários' na intenção de pensar em medidas facilitadoras para condução e aproveitamento das práticas grupais.

O primeiro eixo que norteia essa prática é o da não especialização. Em relação aos profissionais envolvidos no tratamento, trata-se de diluir a especificação profissional entre eles, incluindo aí todos os profissionais envolvidos. Estes conduziram as práticas grupais guiados pela transferência e não por seu núcleo profissional. Quanto ao sintoma, podemos pensar que a distinção dos vários sintomas pode afastar possibilidades de incluir as diferentes maneiras que os sujeitos têm de participarem de um mesmo dispositivo. O coletivo é formado exatamente por uma reunião de particularidades. Quando permitimos um encontro de pessoas que se diferenciam pelo sintoma, tomando o sintoma como o que há de mais particular em cada um, ampliamos as possibilidades de invenções. A invenção de um pode funcionar de alavanca para a invenção do outro, já que o cálculo do sujeito não se dá sem o Outro.

O segundo eixo é a formação. Podemos tomar como base a formação do psicanalista, que é pautada sobre três eixos, a saber: a teórica, a análise pessoal e a clínica, incluindo a supervisão. Para o profissional da saúde mental, podemos propor que, neste eixo, trata-se de incluir o estudo teórico como base para o exercício clínico. Não dispensamos os outros pontos de sustentação da formação propostos pela psicanálise, também para os profissionais de saúde mental, porém isto não será objeto de estudo

neste trabalho. Vimos, através da literatura, que, nas práticas grupais ofertadas pelos CAPS, é necessário um conhecimento sobre a psicose. Estar ciente de como essa estrutura clínica opera, quais são as implicações clínicas, familiares e sociais que essa estrutura engendra, possibilita uma maneira melhor e mais segura de aproveitar o dispositivo. Buscar também a origem sócio-histórica desses dispositivos e levantar seus diferentes recursos e eixos de análise evitam uma prática desavisada, que pode ser autoproclamada como ingênua.

O terceiro eixo é o da invenção, tanto do paciente como do profissional. Ao paciente cabe inventar suas soluções e produções particulares, que o dispositivo coletivo pode contribuir e, às vezes, incentivar, por não negligenciar que cada sujeito está aí a partir de sua posição subjetiva. E aos profissionais, inventarem estratégias de intervenção, seja a dentro do dispositivo propriamente dito, seja na oferta de espaços diferentes, nos quais se buscará o aparecimento do particular.

O quarto eixo é a transmissão. Nas instituições que operam através da prática entre vários, as reuniões da equipe trabalham sobre as construções dos casos clínicos, nas quais se referem à subjetividade de cada paciente e aos efeitos causados em cada intervenção realizada. A construção do caso clínico serve como material de transmissão daquilo que se evidencia como clínica orientada pela psicanálise. Os CAPS estudados trazem certa dificuldade sobre esse eixo, pois não ocorre a construção coletiva do caso, nem mesmo o compartilhamento do que ocorre a cada passo dado na direção do tratamento. Não deixam de atribuir importância a essa prática, no entanto, na saúde mental, ainda não se encontrou uma maneira de efetivá-la.

Não era intenção, nem pretensão desse trabalho, esgotar a discussão dos dispositivos coletivos oferecidos pelos CAPS. Busquei, através do olhar dos profissionais, entender e construir algumas elaborações acerca desse tema. A transposição dos eixos

da 'prática entre vários', entendo que deva ser discutida de maneira mais ampliada. As discussões nos grupos focais sobre esse tema foram ricas e extensas, assim como é o cotidiano quando se utiliza desses dispositivos. Entendo que essa pesquisa mais abre um campo para reflexões do que é uma conclusão definitiva.

## **10. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA:**

- Almeida F. O cartel e a lógica do coletivo. In: Holck ALL, Vieira MA (editores). Machado OMR, Grova T. (org). PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digai-Maré; 2008. p. 81 – 85.
- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- Barros RB. Clínica Grupal. Revista de Psicologia 1996; 7.
- Barros RR. Da massa freudiana ao pequeno grupo lacaniano. In: Holck ALL, Vieira MA (editores). Machado OMR, Grova T. (org). PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digai-Maré; 2008. p. 53 – 68.
- Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
- Beneti, A. A angústia na psicose. Curinga 2006; 1(22): 99 – 110.
- Benevides R, Passos E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ 2001; 13 (1): 89 – 100.
- Bion WR. Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Imago; 1975. 186p.
- Braga Campo FC. O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileiro e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese - doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: 2005.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004-a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-b.

Brasil. Estabelece os Centros de Apoio Psicossocial. Portaria n.336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Bronz A, Veloso H, Delgado SM, Lanna VA, Oliveira RC. Acompanhamento Terapêutico: uma prática em construção. In: Venancio AT, Leal EM, Delgado PG. (orgs). O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1997. p. 15-20.

Bueno EC, Bichara PF, Rodrigues CCO, Bedin BV, Bagnola EP, Seidinger FM, et al. Quando a psicanálise faz diferença no Standard da saúde mental. Entrevários Revista de psicanálise e saúde mental 2008; 2: 29-32.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 399-407.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial. Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4(2): 393-403.

Campos GWS, Chakour M, Santos R. Notas sobre residência e especialidades médicas. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(1): 141-144.

Cervelatti CS. O borderline – a psiquiatria e a psicanálise. Opção Lacaniana 2005; 43: 101 – 107.

Ciaccia A. Inventar a psicanálise na instituição. In: Harari A, Cardenas MH, Fruger F (org). Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 33-38.

CID – 10. Organização Mundial de Saúde. São Paulo: Ed. USP; 1994.

Delgado PG. A nova arquitetura da Clínica. In: Goldberg J. Clínica da Psicose. Rio de Janeiro: Te – Cora; 1996.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

- Figueiredo AC. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental: Revista de saúde mental e subjetividade da Unipac* 2005; 3 (5): 44 – 55.
- Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. 22ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. p. 243 – 276.
- Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. Tradução de José T. Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva; 1972.
- Freud S. Sobre a psicoterapia. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1996a. p. 243 – 254.
- Freud S. Transferência. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago; 1996b.
- Freud S. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1996c. p. 89-179.
- Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao Caps Estação. In: Harari A, Valentini W. (orgs). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 37 – 58.
- Gadamer H-G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
- Galletti MC. *Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. Da UCG; 2004.
- Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução Dante M. Leite. 2ª edição. São Paulo: Perspectiva; 1987.
- Goldberg, JI. *A Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1996.
- Goldberg JI. *A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas [Dissertação]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1992.
- Greco MG. Oficina: uma questão de lugar? In: Costa CM, Figueiredo AC (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2008. p. 83-94.

- Guerra AMC. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa CM, Figueiredo AC (org). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2008. p. 23-58.
- Horne – Reinoso V. A sessão no lugar de uma dialética impossível. *Opção Lacaniana* 2001; 30: 24 – 27.
- Kaufmanner, H. Transferência na psicose. *Curinga* 1999; 13: 112 – 117.
- Lacan J. Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In: Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2003a. p. 550 – 556.
- Lacan J. O aturdido. In: Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2003b. p. 448 – 497.
- Lacan J. A psiquiatria inglesa e a guerra. In: Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2003c. p. 106 – 126.
- Lacan J. Ato de fundação. In: Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2003d. p. 235 – 247.
- Lacan J. Abertura da Sessão Clínica. *Opção Lacaniana* 2001; 30: 6 – 9.
- Lacan J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: 1998a. p.537 – 590.
- Lacan J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: 1998b. p.197 – 213.
- Lacan J. O Seminário, livro 3: As psicoses. Tradução Aluisio Menezes. 2<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1988. 366p.
- Lacan J. Da Psicose Paranóica e suas Relações com a Personalidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987.
- Laurent, E. “Lo real y el grupo”. In: CUCAGNA, Roxana A (comp.). Ecos y matices en psicoanálisis aplicado: clínica de la psicosis, la fobia, el FPS y el pequeno grupo. Buenos Aires: Grama Ediciones; 2005, p.21.
- Lopes MCR. Repensando o encontro entre trabalho e terapia [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996.

- Machado OMR. Efeitos terapêuticos rápidos da psicanálise. In: Holck ALL, Vieira MA (editores). Machado OMR, Grova T. (org). PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré; 2008. p. 44 – 50.
- Maia MS, Pirim M. Em Busca de uma Singularidade: Uma Proposta Clínica no Processo de Reinserção Psicossocial. In: Venancio AT, Leal EM, Delgado PG. (orgs). O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1997. p. 5-14.
- Maron G. Psicanálise e crise: urgência, sintoma e solução. In: Holck ALL, Vieira MA (editores). Machado OMR, Grova T. (org). PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré; 2008. p. 53 – 68.
- Mattos S. O uso da psicanálise em uma instituição invisível. *Opção Lacaniana* 2003; 38: 38-42.
- Mazzotti M. Psicoses. In: Associação mundial de psicanálise. Scilicet: Os objetos *a* na experiência psicanalítica. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2008. p. 286 – 288.
- Miller JA. La psicosis ordinaria: la convención de Antibes. Buenos Aires: Paidós, 2003. 314p.
- Onocko Campos R. CLÍNICA: A PALAVRA NEGADA – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate* 2001; 25(58): 98-111.
- Oury J. Itinerários de formação. *Revue Pratique* 1991; 1(1): 1-10.
- Palmieri T. Como a psicanálise interfere no trabalho de gerência. *Entrevários Revista de psicanálise e saúde mental* 2008; 2: 33 – 40.
- Palmieri T, Souza SFM, Pacheco RA, Aros MS, Campos GCM, Cavalcanti ARS. Hospital – Dia: nossa experiência em Campinas. In: Harari A, Valentini W. (orgs.). A reforma Psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 113 – 125.
- Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications; 1990.
- Reis A, Moraes LA. Grupo, interpretação e transferência. In: Holck ALL, Vieira MA (editores). Machado OMR, Grova T. (org). PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré; 2008. p. 91 – 98.
- Pichon-Rivière E. O processo grupal. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Martins Fontes; 1998. p.239.

- Ribeiro RCF. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: Costa CM, Figueiredo AC (org). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2008. p. 105 – 116.
- Ricoeur P. Tempo e narrativa. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes. Campinas (SP): Papyrus; 1997.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª edição. Belo Horizonte: Te Cora; 2001.
- Seidinger FM. Uma reflexão sobre a reabilitação e a clínica ou: O que nos ensina o dispositivo do “Convivência e Arte”? In: Merhy EE, Amaral H (org). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 211 – 219.
- Stevens A. A instituição: prática do ato. In: Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 76-85.
- Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
- Valentini W. Nenhum ser humano será Bonsai. In: Harari A.; Valentini W. (orgs). A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-24.
- Viganò C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. Curinga 1999; 13: 50-59.
- Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá 1996; 120 (6): 472 – 482.
- Zenoni A. Qual Instituição Para o Sujeito Psicótico? Abrecampos 2000a; 1: 12-31.
- Zenoni A. A Clínica Da Psicose: O Trabalho Feito Por Muitos. Abrecampos 2000b; 1: 32-50.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos CAPS

#### Abordagem preliminar

O que vocês entendem por Caps?

O que vocês manteriam e o que mudariam nesses serviços?

#### Sobre os projetos terapêuticos individuais (PTIs)

O que vocês pensam, quando falamos “PTI”?

Quando são elaborados esses projetos? Quem os elabora e de que modo?

Na prática de vocês, como são acompanhados os PTIs? Eles são revistos, ou não? Se sim, como isso acontece.

Vocês trabalham com equipe ou técnico de referência? É possível detalhar quais são as funções desse arranjo? Essa é uma forma de organização do trabalho que ajuda ou atrapalha? Por quê? Tem alguma coisa que vocês mudariam ou não?

Existe algum referencial teórico para realização deste trabalho ou não? Se sim, o que vocês acham desse referencial? Ele facilita ou dificulta?

#### Sobre as práticas em grupo

Existem práticas de grupos no CAPS ou não? Se sim, quais?

Que funções possuem?

Existem discussões entre a equipe sobre os grupos ou não? Se sim, que tipo, quando e em quais circunstâncias?

#### Sobre a atenção à crise

O que vem à cabeça de vocês, quando falamos em “crise”? Há algum outro tipo de crise que não foi falado e que vocês gostariam de comentar?

O restante do pessoal do Caps compartilha dessa idéia sobre crise ou existem pessoas que pensam diferente?

De modo geral, como são atendidas as crises neste serviço?

E como é o atendimento dos pacientes que chegam em crise pela primeira vez no serviço?

Existem PTIs especificamente elaborados para os momentos de crise, ou não? Se sim, como se dá essa elaboração?

Vocês atendem situações de crise fora do Caps ou não? Se sim, quando e quais critérios? Se não, por quê?

Utiliza-se leitos de outras instituições para pacientes do Caps em crise? Se sim, em quais leitos, onde? E quando? Quais os critérios? Se não, por quê?

#### Gestão

Como funciona a gestão deste serviço?

Existem estratégias no processo de trabalho que estimulem a interação entre a equipe de profissionais ou não? Se sim, quais são? São suficientes ou não? Como é a relação entre a equipe com a função de coordenação?

Vocês acham que há alguma interação entre a forma como este serviço é organizado e a clínica pensada para cada paciente? Se sim, como acontece esta interação? Podem dar exemplos de situações que tiveram e que não tiveram esta interação?

#### Sobre a formação dos profissionais

Vocês costumam ouvir relatos de queixas por sobrecarga entre seus colegas de trabalho ou não? Com que frequência isto ocorre? Quais as queixas mais frequentes?

Existem estratégias de desenvolvimento e educação permanente dos profissionais do serviço dentro da instituição/serviço ou não? Se sim, quais são? Com que frequência ocorre? São suficientes ou não?

E fora da instituição, quais estratégias vocês lançam mão para seu desenvolvimento profissional? Com que frequência? São suficientes? Quanto de investimento pessoal é colocado nisto? Vocês acham que isso deveria ser oferecido pela Instituição?

#### Captando questões dos grupos de interesse para a avaliação

Vocês acham que os CAPS deveriam ser avaliados ou não? Se sim, quais os aspectos que deveriam ser avaliados? Se não, por quê?

O que vocês esperam como resultado desta avaliação? Qual o retorno na prática dos serviços esperados com esta avaliação?

## 11.2.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

---

\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AOS SUJEITOS DA PESQUISA**, devidamente explicada e detalhada pelo pesquisador, ciente dos objetivos e procedimentos desta pesquisa, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

O sujeito está ciente de que as informações prestadas serão asseguradas em sigilo, assim como sua identidade e privacidade na divulgação do material resultante da pesquisa.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **11.3. Narrativas**

### **11.3.1. Narrativa CAPS 01**

Oferecemos diversos tipos de grupos: rodas, futebol, de passeios, grupo de psicoterapia. E queremos ampliar mais. Esbarramos muito nos recursos humanos e na estrutura física para oferecê-los.

Temos oficinas de culinária, horta, saúde, futebol, corpo em movimento, saúde e beleza.

A maioria do trabalho é realizada em grupo.

Temos dificuldade de responder, de forma geral, às funções desses grupos, porque a gente tenta olhar cada paciente. Quer dizer, um paciente está num grupo de culinária por um motivo, outro está por um motivo oposto. Então, você falar qual é o papel da culinária, fica muito vago... Se a gente for pôr em palavras aqui, vai esvaziar o sentido. É estar dentro do CAPS para compreender qual o sentido do grupo. A roda mesmo é para discutir o dia-a-dia do CAPS, é a parte democrática. Eles falam do que eles estão de acordo, do que eles gostariam de mudar. Tudo ali, na roda, é discutido. Aí, eles falam que não concordam com tal coisa, então dá opinião, o que é que... como deve fazer para mudar. Então, eles mesmos falam, discutem o que deve ser mudado. Isso tem um valor muito grande. O que a gente combina ali, todo mundo cumpre. A gente discute tudo nesse espaço. É um acordo coletivo, usuários e funcionários.

O grupo de familiares, que tem um específico, e era feito por uma psicóloga que pediu demissão a um mês e pouco atrás. Esse, a gente está reorganizando para ver quem eram essas pessoas que faziam parte desse grupo para recomê-lo. Era um espaço para acolhê-los e também um espaço que eles podiam falar da sua dificuldade da sobrecarga.

Começamos a fazer o grupo de referência há pouco tempo. A gente vem construindo esse grupo agora: cada profissional da equipe vai ter os pacientes da sua

referência com um grupo, um horário naquela semana. E nós, médicos, passamos em todos os grupos, trabalhamos junto com a referência. Então, ficamos muito mais próximo do usuário, que é visto toda semana ou no máximo a cada quinze dias, e de pacientes necessitados, esses são diários. O fato de fazermos os grupos em duas, três pessoas, mesmo que uma saia, o trabalho continua. Não é do médico x ou y. Antes a assistência estava muito centrada no médico, e essa organização, de equipe de referência, nós consideramos mais interessante, porque é uma organização muito sutil. Essa organização que a gente vê no dia-a-dia, na passagem de plantão e na assembléia.

Nós acabamos discutindo as práticas grupais com toda a equipe mais no planejamento, que a gente faz uma vez por ano. O planejamento desse ano, a gente tirou para fazer uma discussão assim: O que é grupo? O que é oficina? Qual a diferença? Discutiremos os conceitos básicos para a gente reconstruir: que grupos a gente vai oferecer? Que oficinas a gente vai ter? Qual que é o objetivo? Com que frequência? Qual o horário? Quem vai participar? Oficina para quê, né? Só para dizer que tem uma oficina ou para seguir a programação?

Encontramos dificuldade para realizar alguns grupos devido ao nosso espaço físico, não temos muitas salas e, às vezes, a gente chega para começar um grupo e tem alguma outra atividade acontecendo naquela mesma sala.

Consideramos importante retomar a discussão: às vezes, nosso cotidiano é tão pesado, temos tanta coisa para fazer, que alguns de nós chega a dizer que irá parar de fazer grupo. Outros profissionais acabam marcando outros compromissos, como triagem e atendimentos individuais, no horário que seria do grupo. Um de nós acha importante priorizar os grupos, a hora do grupo é hora do grupo, não dá para fazer outra coisa, a não ser o grupo.

Gostaríamos de retornar a discussão sobre o grupo de família: ficamos muito tempo dizendo que ele era necessário e, agora, estamos construindo isso. Mas temos que tomar um cuidado: temos que discuti-lo, porque, se não, vai acabar ficando com os profissionais que conduzem esse grupo. Estamos tendo conversa de corredor porque ainda não foi priorizado um momento no coletivo para se falar do sofrimento que as famílias trazem. Ainda está no individual, ainda está no corredor.

### **11.3.2. Narrativa CAPS 02**

As práticas grupais ajudam no nosso trabalho, que é fazer com que o sujeito consiga fazer laços cruciais. Consideramos a oferta que temos no CAPS de grupos como algo bom, tanto os grupos abertos como os fechados. Surte bem efeito nos nossos usuários, que tem bastante demanda.

Os grupos são sempre discutidos. Quando a gente cria um novo grupo, ele é qualificado. Mas também qualificamos o que já existe, porque não adianta também ficar criando vários grupos e esvaziando os outros, então, os grupos são muito bem estruturados. São vários grupos que a gente tem, a gente tem o grupo de culinária, temos o de cinema, temos o grupo de passeio...

Os grupos são pensados em função das características pessoais dos profissionais em encontro com a demanda que está ocorrendo no momento. Consideramos isso um privilégio. Nossa gerente propicia o trabalho baseado na criatividade.

Todos os grupos têm a sua função, de causar coisas no sujeito que está entrando para aquele atendimento, mas não dá para dizer especificamente. A maioria de nós considera que um dos objetivos seja o de providenciar laço entre eles. E isso perpassa por todos. Os grupos propiciam a sustentação da clínica, partindo dos projetos terapêuticos. Consideramos que tem função de sociabilização, que tem um momento de perceber que existe o outro, que se existe.

Um de nós considera que os grupos têm a função de incluir pacientes silenciosos, não porque eles são silenciosos, mas porque têm determinado tipo de atendimento que eles são excluídos. Tem culinária, tem crochê, que são grupos de que esses pacientes costumam participar. A maioria de nós considera ter a ver com os projetos terapêuticos. Claro que tem alguns, que são esses que a gente chama de grupo aberto, cuja primeira função é estimular a pessoa a se interessar por alguma coisa. Não obrigamos ninguém a participar dos grupos abertos, para o qual, se o usuário quiser, entra. Privilegiamos o desejo de cada sujeito.

Sabemos que têm pacientes que não conseguem entrar num grupo e, para eles, pensamos em outro tipo de assistência.

Semanalmente, a equipe de referência se reúne com os seus pacientes. É o que chamamos de grupo de encontro, quando estão todos da equipe: o auxiliar, o monitor, o psicólogo, o TO, o psiquiatra, ou seja, todos da equipe de referência e, nesse grupo, discute-se o que os pacientes trouxeram, sobre qualquer coisa, sobre a vida, sobre o caos. Enfim, o que eles quiserem! Sobre um passeio, sobre vontade de se matar...

Já tivemos grupo de família dentro do CAPS, só que o nosso entendimento mudou um pouco. Não temos um ainda. Consideramos que estamos caminhando muito nesse sentido, a gente não tem um saber construído ainda não. O que sabemos é que, muitas vezes, toda a família é psicótica.

Discutimos sempre os grupos, pois discutimos com freqüência a nossa assistência. Porque a pessoa, quando ela chega ao serviço, você vê que ela vem com quebra, uma ruptura grande de seus laços sociais, familiares, de trabalho. Então, a clínica, o que a gente tenta é propiciar esses laços, mas fazer isso a partir da subjetividade daquela pessoa. Isso não quer dizer que a escuta tem que ser sempre individual, não é isso! No nosso trabalho, perguntamos: como fazer com que o sujeito consiga formar laços

cruciais? Assim, os grupos vêm ao encontro dessa proposta. Nosso referencial teórico para pensar e conduzir os grupos vem tanto da saúde coletiva e da psicanálise, como também da nossa observação. Esses grupos são sempre discutidos. Tivemos um grupo que resultou num livro.

Consideramos interessantíssimo falar do dispositivo da assembléia, porque muitos manejos são possíveis porque tem a assembléia, quando uma regra é construída naquele espaço, todo mundo é submetido àquela regra.

### **11.3.3. Narrativa CAPS 03**

Nós, trabalhadores, entendemos que os grupos oferecidos no CAPS são um objeto de apoio ao sujeito que ali se trata. São vários grupos implantados: de passeio, criar-se, que melhora o contexto e o trabalho em geral, de notícias, leitura...

Consideramos que temos três tipos de grupo: abertos, fechados e de encontro. De grupos fechados, tem o de T.O., tem o de psicoterapia e um outro. De aberto, temos vários e aí toda a equipe é envolvida: os técnicos e as pessoas da enfermagem. A gente faz grupos juntos, geralmente com duas pessoas coordenando. Consideramos que os grupos abertos têm um caráter mais de convivência.

Em relação às funções dos grupos, cada um de nós faz uma leitura. Quem coordena o grupo pensa no porquê desse grupo existir. Por exemplo, no ano passado, a gente fazia um grupo que se chamava ateliê aberto, que eram cinco pessoas coordenando, e cada uma achava uma coisa do grupo, e o grupo funcionava assim. A gente trabalhava com todo mundo junto, mas cada um saía com uma leitura da produção;

outros não eram da produção, mas eram da fala; outros ainda, eram da relação dos pacientes. Assim, a coisa funcionava, mas cada um tinha um entendimento do que acontecia ali.

Um de nós considera que a função dos grupos é de ajudar na organização, para os pacientes se organizarem, e aí independe do grupo, pode ser o de T.O., o de dança, o de expressão corporal. Mas todos nós concordamos que os grupos têm uma finalidade terapêutica. Essa finalidade seria levar o paciente à crítica, dar um *insight* para o paciente.

No grupo de música, há pacientes que não falam, que por algum motivo não conseguem se comunicar, a música nesse grupo, por exemplo, entra como viés de comunicação, de linguagem, de expressão, de ter sentimentos ali, afetos, enfim... Tem paciente que não fala, mas toca.

Cada grupo tem sua característica. Produzir som, às vezes, nem é cantar, é produzir som, e a gente vai construindo isso. A gente vai produzindo subjetividades de diferentes maneiras. Assim, estabelecendo relação com pacientes que não poderiam estabelecer relação. Ampliar a gama de atividades que essa pessoa tem na vida, de conhecimento, de possibilidades. Só que aí, em cada grupo, vai ser por um viés: um é por expressão corporal; outro é através da comida, na culinária; outro ainda é um grupo de passeio, é sair na rua; beleza é pelo cuidado com o corpo. Oferecemos mais grupos abertos do que esses que citamos. Temos o de esporte, vamos começar o de cinema, de sabor, de ambientação, de beleza, de jornal, de teatro, ou seja, são vários grupos. São oficinas.

Os grupos da equipe de referência, nós chamamos de grupo de encontro, e cada equipe faz seu grupo. Um de nós considera mais esse grupo operativo, um grupo de trabalho; outro, uma mescla de grupo operativo com grupo de trabalho. Outro de nós considera que depende de cada equipe, depende de como são conduzidos. Considera

ainda que é o grupo para o qual o paciente traz uma demanda, e a equipe pensa em como essa demanda pode ser resolvida, como se pode auxiliar, mas não se pode interpretar. Tem algumas demandas concretas que tentamos resolver no próprio grupo, por exemplo, essas coisas de cesta básica. Mas também consideramos que esse grupo tem um caráter terapêutico. Ele começa por questões práticas, cesta básica, dificuldade de pagar contas... Os outros pacientes escutam e trazem suas próprias experiências, assim o grupo termina sendo terapêutico. Porque, a partir dessas demandas, vão se construindo coisas, relações entre as pessoas do grupo. A pessoa vai poder falar do sofrimento dela a partir disso. Esse grupo, o de encontro, acontece uma vez por semana.

Temos que dar assistência a muitos pacientes, tanto é que, quando um de nós encaminha um paciente para um grupo, passa-se um longo tempo até que possamos conversar com o profissional que o coordena, sobre a inserção do paciente nesse grupo. Com isso, muitas vezes, o PTI fica perdido.

Buscamos encaminhar o paciente a um determinado grupo de acordo com a fala dele, por exemplo, se um paciente traz para nós que gosta e que se interessa por leitura, nós o encaminhamos para o grupo de leitura.

Um de nós apresenta as atividades que acontecem no CAPS e aguarda para ver onde o paciente fará transferência, porque, às vezes, embora ele goste de leitura, ele vai se fixar em outro grupo, vai estabelecer uma relação com outro terapeuta. É aguardar para ver o que vai aparecer na fala do paciente, a gente acompanha o movimento dele e não o contrário, ele acompanhar o nosso. E, conforme vai aparecendo, nós ajudamos. Já outro de nós prefere inscrever o paciente por aquilo que ele diz gostar. Assim: essa pessoa gosta de leitura? Vamos inscrever ela num grupo de leitura; aquela gosta de artes plásticas, vamos inscrever no grupo tal. Antes, pensávamos que o fato de a pessoa gostar daquilo era suficiente para acontecer um engajamento na atividade que acontecia. No

momento em que soltamos para esperar onde o paciente ia querer freqüentar, a gente começou a trabalhar retroativamente: a gente deixa de dar um lugar para aquele sujeito.

Nós, coordenadores de grupos, costumamos saber quem freqüenta e com qual freqüência. Nos grupos abertos, fica difícil mesmo saber qual paciente freqüenta, não temos controle. Porém tem um pessoal fixo que costuma freqüentar, mas tem gente que está passando e que, de repente, se interessa por alguma coisa que está acontecendo ali e entra para participar. Num grupo de T.O. fechado, é mais fácil saber quem freqüenta. O grupo criar tem a lista diária de quem vai. Entretanto, apesar de toda correria, um de nós considera que consegue falar: “ah, tal paciente seu, que é sua referência, tem ido ao grupo, tem sido legal, ele tem trazido isso, falado isso”. A referência sabe, mais ou menos, aonde os pacientes que ela referencia estão indo e acho que cada coordenador de grupo aberto vai conseguindo trocar com a referência, falar o que está acontecendo.

Não discutimos os grupos no dia-a-dia. O que acontece é que, como coordenamos a maioria dos grupos em dupla, a gente faz a discussão entre os coordenadores. Por exemplo, os coordenadores discutem: como que foi, o aproveitamento daquele paciente, daquele passeio, o que a gente colheu de cada usuário. Tem paciente que não consegue falar nada, de repente, ele sai para passear e tem uma comunicação bem mais afinada com um de nós ou até com o próprio usuário que está ao lado dele. Entre os coordenadores do grupo, discute-se bastante. E, algumas vezes, buscamos discutir com a equipe de referência como foi o passeio para aquele usuário. Agora, no espaço do CAPS como um todo, não existe muito essa discussão. Que, aliás, é uma questão que a gente já levou várias vezes à reunião de equipe, que é um dispositivo de tratamento que a gente tem, só que a gente não sabe exatamente como cada profissional pensa cada grupo. Daí fica mais assim: “ah, esse é o grupo de passeio, aquele é de música...” É discutido mais em mini-equipe, mas não como um de nós fazia quando trabalhava num hospital. Lá,

assim que terminava o grupo, a gente ia discutir para saber se o grupo foi operativo, dependente ou de luta e fuga. No CAPS, não tem exatamente isso: quando termina o grupo, não discutimos o que ocorreu nele. Isso, a maioria de nós não faz. Alguns de nós discutimos o grupo de encontro. A gente acaba discutindo os casos e não o grupo. Não discutimos função, finalidade. O que acontece, um pouco, é discussão entre os coordenadores dos grupos.

Manteríamos no CAPS o jeito de trabalhar em equipe e as oficinas.

Alguns de nós gostaríamos de retomar que a proposta do grupo de encontro é de que seja terapêutico. Achamos que, por várias vias, que tem essa questão das coisas cotidianas, e de que alguns momentos ele é mais operativo, mas achamos que têm outras características do grupo de encontro: é um lugar de acolhimento, de compartilhar experiências, das pessoas se ouvirem, de fazer vínculo com os pacientes entre si, enfim têm várias características. Já outro de nós considera que o grupo de encontro é um grupo operativo, pois nele não se interpreta. Considera também que há grupos de T.O. que são operativos. Contudo a maioria de nós não considera o grupo de encontro operativo. Nesse grupo, não se discute coisas concretas, como passe ou cesta básica. Na verdade, a maioria de nós entende o grupo de encontro um espaço que pode servir para aparecer as questões das construções do caso, do projeto terapêutico, porque, se a gente entende que este projeto é dinâmico, achamos que tem esse espaço aonde as pessoas possam encaminhar as questões, onde possa aparecer demandas e aí não são demandas dessa ordem, de cesta básica, passe de ônibus, pode até ser, mas não é... São questões do sofrimento, do que eles estão passando. Mas entendemos que o grupo de referência não vai acabar tratando daquilo exatamente no grupo, mas você pode acolher aquilo e fazer o encaminhamento, fazer a articulação necessária para aquilo tornar um espaço terapêutico. Ou seja, quando você alivia a ansiedade do paciente, é terapêutico.

Consideramos importante retomar que a gente usa atividade o tempo todo no CAPS. Entendemos os grupos abertos como espaços de acolhimento e não que, necessariamente, para acolher ansiedade, acolher sofrimento, é só verbalizar.

Gostaríamos de esclarecer algumas questões sobre os grupos abertos: a rotina e o aumento da demanda fizeram com que a gente oferecesse mais grupos abertos. Porém não foi só por isso que a gente começou a pensar na cooperatividade, por conta do aumento do número de pacientes. Daí, pensamos que uma forma de acolher essas pessoas que estavam vindo seria pensar em estratégias e equipamentos e pensamos na “construção de caso clínico”, tem mais a ver com o referencial da psicanálise...

#### **11.3.4. Narrativa CAPS 04**

A gente tem grupo de mulheres, ateliê, grupo de psicoterapia, grupo verbal, de dança, grupo de família. Liang Kun, projeto água, saúde e beleza, de referência, jornal, comorbidade, jardinagem, caminhando. Alguns têm objetivos mais claros, por exemplo, saúde e beleza visa a mais autonomia, o autocuidado. O grupo de Mulheres tem essa coisa de despertar alguns desejos, despertar de novo a vontade de retomar sua função na família. Achamos esse grupo gratificante, porque é um grupo que foi se transformando. Era um grupo de mulheres que ficavam se lamentando, e a gente foi transformando isso. Hoje em dia, elas cozinham, elas vendem... Foi todo um processo, começou a querer vender, tal. E aí vende e todo mundo fica superfeliz, porque, além de ganhar o dinheirinho delas – tipo, são dois, três reais que cada uma ganha por dia de grupo, as pessoas vêm procurar para comprar e isso melhora a auto-estima. E, depois, elas chegam em casa, fazem de novo.

O grupo de comorbidade é o que temos maior dificuldade, são os casos de psicóticos que fazem uso de substância química. Inicialmente, a gente começou um grupo

só, juntando qualquer dependência: álcool, droga, medicamento... E daí, no decorrer do grupo, um de nós percebeu que eram formas diferentes de lidar. E daí ficaram dois grupos, o de álcool e o de drogas... E é um espaço, que a gente resolveu implementar, por estar crescendo o número de casos, que, além do problema mental grave, tem o uso de alguma substância. É um espaço que a gente trabalha muito livre, que é para falar de o porquê usar e como. Um espaço de trocas. É difícil porque é uma clientela com alta demanda, que faz uso e que isso, no serviço, tem uma outra implicação junto aos trabalhadores. Isso também é uma outra questão: o trabalhador se desestabiliza quando se depara com esse tipo de clientela. E um de nós considera que lidar com isso não é só pelo limite.

Teve algum momento, na supervisão da gestão anterior, que foi definindo que, no nosso CAPS, só teria grupos abertos. E nos perguntamos: qual era a função disso? Era permitir que esses espaços fossem espaços de circulação, onde os pacientes pudessem estar no seu tempo e não no tempo do profissional ou no tempo do grupo, ou seja, que pudesse estar no seu tempo e pudesse ter uma circulação livre, inclusive permitir, de uma forma interessante, que a crise estivesse presente nesses grupos. Então, por exemplo, o paciente que está em crise e está acontecendo um ateliê em que as pessoas podem entrar e sair. Não precisa ficar durante uma, duas horas. O paciente pode entrar, ir lá, nem que seja para fazer um rabisco ou ir desenhar, fazer uma modelagem em argila e sair desse grupo sem ter que ter o nome ou ser um integrante formal desse grupo. Com o tempo, a gente começou a ter algumas críticas em relação a esse modelo, no sentido de entender que os grupos fechados, com espaço e tempo formalizado, também tinham a sua função para alguns pacientes. Então hoje não existe mais essa rigidez, que o CAPS só tem grupos abertos. A gente tem grupos abertos, que continuam fazendo essa função, que consideramos muito interessante, e a gente tem os grupos fechados, que são com

pacientes determinados, de acordo com o PTI. Oferecemos também o atendimento individual, porque alguns de nós acreditam que se deve respeitar que algumas pessoas não dão conta de estar em grupo e precisam de uma atenção individual. Mas isso, um de nós considera que é função da gestão estar atenta: se não está tendo muito atendimento individual, que daí não vai dar conta pelo número de profissionais. Mas considero que a gente tem que também ter essa modalidade de atendimento.

Entendemos que alguns pacientes em crise não têm condições de participar de qualquer grupo.

Buscamos potencializar os saberes: nosso motorista toca um instrumento musical, então ele fará o grupo de música com uma de nós. Tem um usuário que também toca, ele está fazendo convivência, assim, usamos o potencial de cada um. É muito mais gostoso assim. Alguns de nós, quando estamos na convivência, oferecemos grupo que pode ser de teatro, de liang kun, de música, de caminhada, passar um filme e até coisas mais pontuais. Consideramos importante ressaltar que nossas ofertas de grupos vão se reciclando com o tempo.

Atualmente, para falar a verdade, não discutimos os grupos quase nada nas nossas reuniões. Teve uma época em que a gente discutia mais os grupos e as intervenções. Agora o que temos feito é quando uma pessoa tem participação diferenciada, acontece alguma coisa, daí o coordenador do grupo fala para a referência. Um de nós considera uma pena, porque a gente tem alguns grupos que, pela sua própria constituição, tem mais visibilidade. Por exemplo, o grupo de mulheres, que é um grupo em que todo mundo sente o cheirinho da cozinha. A gente nunca senta com os coordenadores para discutir o que acontece, a gente acaba tendo uma participação coadjuvante. O grupo de dança, que se apresenta nos eventos... Outro de nós considera um negócio muito louco o que acontece, porque a gente pensa no projeto, só que a gente

não tem às vezes retorno do que está acontecendo. A gente encaminha e fica lá, sem retorno. Tem grupos que acontecem em outros espaços, por exemplo, na praça, que a gente acaba não sentando para conversar e nós sentimos falta. Não conseguimos conversar e muito menos escrever no prontuário o que acontece nos grupos. Seria bom se todo mundo que faz o projeto, que faz o ateliê, tivesse tempo de chegar e anotar tudo que aconteceu. Seria um jeito de saber quem participou e poderíamos perguntar como foi essa participação.

Consideramos que seria importante discutirmos os grupos nas reuniões até para fazer mais sentido nos PTIs. Seria uma forma de potencializar esses espaços e a circulação dos usuários, porque acontecem coisas ricas.

Um de nós gostaria de esclarecer como entendemos as funções dos grupos, pois são várias: terapêutica, da reabilitação psicossocial, de escuta, de traçar projetos terapêuticos. Considero que a possibilidade de hoje termos grupos abertos, mas também de poder fazer grupos fechados, ajudou bastante. Sentia muito falta quando não podia ter esse tipo de grupo, principalmente com pacientes psicóticos que são super desorganizado. Hoje, nós temos um grupo com pacientes bem graves, que é um grupo fechado, de atividades expressivas, e que considero ter várias funções. Outro de nós considera uma evolução aumentar o número de grupos onde a gente faz oferta de criação de laço social com a comunidade. Atualmente, a gente tem um número relativamente grande de grupos que estão sendo feitos fora do CAPS, englobando pessoas de fora que quiserem e tiverem disponibilidade para entrar. exemplos desses grupos, têm: o de dança do ventre, o de dança, o de jornal, o de futebol, o de teatro.

Gostaríamos de reafirmar uma coisa que a gente apontou que consideramos ainda acontecer: é essa falta de espaço, da gente compartilhar o que acontece nos grupos. Então consideramos que os grupos poderiam ser mais bem aproveitados e é mais uma

coisa da gente trocar entre nós. Às vezes, nem o referência sabe se o paciente está freqüentando.

Recentemente, a nossa gerente fez uma dinâmica com a gente, em que colocou o nome de todos os grupos, de todas as atividades do CAPS e cada um falava sobre o grupo, o que entendia daquele grupo. Assim, o coordenador teve a oportunidade de mostrar sua percepção da atividade. Porém consideramos que deveria ser algo mais sistemático. Um de nós considera que foi algo para todo mundo entender para que serve cada grupo, tinha muita gente nova.

Um de nós considera importante retomar que estamos aprendendo a fazer o grupo com o aumento de pessoas jovens, psicóticas e com co-morbidade de álcool e drogas. Considero que não tem uma resposta pronta e, por mais difícil que seja, se a gente parar para ver alguns casos, se a gente for entender que a melhora é para o uso, a gente vai se decepcionar muito. Mas, se a gente conseguir entender e ver a melhora para cada um desses casos, e eles poderem falar disso, poderem dizer livremente num espaço de escuta, para outros, que está com dificuldade, está com muita vontade de usar, porque está usando, e dizer o que o uso traz de benefícios para o seu corpo para estancar suas dores, suas angústias corporais. Isso tem sido muito rico nos grupos. Isso é um grande avanço, é o cara que usava maconha, crack e cocaína, dizer agora: “olha, eu estou conseguindo não usar o crack, eu estou conseguindo não beber todo dia”. Isso mexe muito, porque a maior parte de nós quer abstinência total.

#### **11.3.5. Narrativa CAPS 05**

Temos grupos fechados e grupos abertos. Temos grupo de oficina: de jardinagem, que a gente cuida do jardim, de tudo que é planta a gente cuida. Tem o ponto-cruz, fuxico,

mosaico, futebol, cinema. Nós entendemos que esses são os grupos abertos. Os grupos fechados são os de referência, os únicos que são fechados.

O grupo de referência é de todos os pacientes de uma determinada referência. São convidados, mas não são todos os pacientes que vão. É um grupo onde as pessoas podem falar o que quiserem ou tiverem vontade, o que está incomodando, o que está acontecendo de bom em casa. Mas, assim, é muito aberto, é muito gostoso. Cada referência faz o seu.

Acreditamos que a função dos grupos é ser terapêutico. As pessoas freqüentam esses espaços e, quando vamos pensar num PTI, pensamos com muita particularidade cada espaço. Se é um grupo de referência, tem uma coisa de se encontrar com as referências, encontrar-se com o grupo, com as pessoas, e se colocar e ouvir coisas e poder trocar. Poder falar de si e se misturar no coletivo mesmo. Porque esse coletivo também dá um contorno, ele não fica só espalhando as pessoas. Por exemplo, uma pessoa que tem um pensamento muito desorganizado, uma coisa da rotina que não consegue levar adiante, uma rotina desorganizada, uma bagunça. Aí tem um mosaico, que funciona muito bem nisso, que ajuda a dar uma organizada nesse pensamento e que também ressocializa porque é um grupo.

Os grupos são atravessados por um monte de coisas que a gente pode chamar de instituições. Lá se fala de relações familiares, de religião, de dinheiro... Então, um de nós considera que todos os grupos têm a característica de botar as pessoas na roda da vida mesmo. Isso produz subjetividade. São os usuários que acabam escolhendo quais grupos irão freqüentar e a gente vai acompanhando.

Pensamos que tem grupos que surgem a partir da demanda do serviço, tem grupos que surgem a partir do nosso desejo, o que a gente gosta de fazer. Em todos os grupos, têm seu espaço de troca, de socialização. Esses são os fatores comuns. Mas cada grupo

tem sua função. O de jornal, por exemplo, consegue trabalhar a facilitação da linguagem mesmo. Entendemos isso como um objetivo.

Não existem discussões entre a equipe sobre os grupos tanto quanto a gente gostaria. Ou melhor, não acontece discussão formal sobre os grupos. São todas informais, que se centralizam em quem realiza o grupo. Às vezes a gente comenta com a mini-equipe de um paciente que a frequenta. Geralmente, quando tem alguma intercorrência, alguma coisa que aconteceu de legal ou de ruim lá dentro, falamos no plantão: fulano está no grupo falando isso, isso e isso, fazendo isso, isso, isso.

Quando a gente vai formar um grupo, a gente o apresenta para a equipe. A gente conta para que vai servir. A maioria de nós considera interessante discutir os conteúdos que emergem dos grupos na reunião de equipe, principalmente nas discussões de caso: que oficinas o paciente está frequentando, como tem sido a participação dele lá, o que tem produzido. É um jeito de todos os profissionais construírem o caso e não só o de referência.

Um paciente, ao entrar em crise, participa da atividade do Espaço Aberto, mas, às vezes, eles não dão conta de participar.

Outras vezes, tem coisa que a gente não faz porque não tem recurso: temos um projeto de montar um grupo de geração de renda, e a gente não tem material, matéria mesmo para começar isso.

Gostaríamos de retomar a discussão sobre os grupos para poder acrescentar o grupo de família e o de música. E, atualmente, o grupo de mosaico está como semi-aberto: ele já tem alguns pacientes que participam dele há muito tempo e tem uma pretensão de gerar renda. Então, não é assim, qualquer pessoa que queira participar do grupo, passar pelo grupo, pode. A pessoa, se ela vai, ela vai para fazer parte desse grupo. Tem também o ateliê, a assembléia, o de mulheres e o de manutenção.

Um de nós considera importante fazer a discussão de que os grupos são montados a partir do desejo dos usuários. Por exemplo, o grupo de passeio, eles o retomaram e é uma coisa que fazia super sentido para eles. Poder estar junto com eles nos lugares que eles escolhem, poder interagir no ambiente em que eles escolhem estar e depois ter a devolutiva disso por parte deles.

Um de nós gostaria de esclarecer que seria importante ter uma parceria: incluir no PTI do usuário a possibilidade de participar em grupos de determinados profissionais, em que os olhares estão. Por exemplo, alguém precisaria de uma escuta um pouco mais psicológica. Aí, indicaria um grupo aberto, em que um dos psicólogos faz, como a oficina de fuxico. Então seria mais pelas bordas e não mais diretivo. A gente não tem o costume de falar: “ah, você está no grupo de mosaico, leva tal pessoa”. Mais ou menos assim. A gente acaba se dirigindo às pessoas mais próximas, com quem já tenha um contato mais acessível. Contudo percebemos que, quando a gente apresenta e pede ao profissional para um paciente entrar numa oficina ou num projeto, fica muito mais fácil a aceitação do paciente. Quando acontece a conversa antes, fica mais fácil para todos nós, pois já sabemos quem é o paciente. Muitas vezes, parece que um profissional tem medo do outro, tem medo da resposta que vai levar, se vai receber não ou sim.

Consideramos importante esclarecer também a discussão sobre o ateliê: é um espaço em que eles fazem o que querem. Sendo assim, também, se quiser se sentar lá e só ficar observando os outros, pode. Antigamente, não era assim, era oficina. Então era fechado, não tinha espaço para todo mundo. Agora não, chega um profissional com um paciente e diz “Ó, ele disse que quer ficar aqui, pode?” Pode ficar. É o espaço para todo mundo. E é o espaço que eles mais gostam, porque lá eles pintam, eles desenharam... eles fazem tudo que eles têm vontade. Tem a turma adepta, que é uma turma que nem precisa procurar para ir ao ateliê. Muitas vezes, quando a gente chega ao ateliê, já tem uma fila

no corredor, esperando para entrar. Tem paciente que está no leito noite e pergunta se o ateliê vai funcionar no período da noite. É um espaço que eles adoram, sobretudo porque é um espaço de construção concreta das relações. Espaço onde circulam muitos usuários, então, o contato é mais intenso. Tem uns que, às vezes, querem ficar lá, mas querem ficar isolado, então tem uma varandinha, que a gente deixa ele lá sozinho, no cantinho, pega às vezes alguma coisa para fazer, outras vezes não pega nada, mas fica lá. É muito bom! Mas nem sempre foi assim, a gente teve um problema sério com o ateliê quando fomos montar, tinha um discurso assim, que irritava profundamente alguns de nós: “Um ateliê segura o CAPS!”. Entendemos que o ateliê compõe um CAPS, ele não é o responsável pela continência da crise. E acontecia muito de o pessoal não olhar para a crise, pegar na mãozinha e jogar no ateliê. Jogar no ateliê não dá gente! Existe o paciente em crise, que pode querer participar do ateliê, mas não significa que a equipe se isenta da responsabilidade em relação à crise. De um olhar, um acompanhamento, um corpo a corpo, delegando ao ateliê essa função. Pensamos que, a partir do momento em que o ateliê começou a ficar mais povoado, tanto de paciente quanto de profissional, as relações lá dentro mudaram, hoje é um espaço leve, as pessoas entram, conversam, você morre de dar risada.

Gostaríamos de reafirmar que a gente ainda continua discutindo pouco os grupos. Principalmente os que foram criados a partir das demandas trazidas pelos usuários, do desejo deles. É claro que, quando a gente vai montar os grupos, pensa minimamente nas coisas. A gente dá uma estruturada, com o que a gente pode trabalhar, a dinâmica desse grupo e tal, e achamos que foi interessante o trabalho que a gente fez junto com os usuários para ver para que estava servindo o grupo, e aí você vê, muitas vezes, que está andando com a intenção que tem.

### 11.3.6. Narrativa CAPS 06

Consideramos ter três categorias de grupo no CAPS. Uma deliberativa, que é assembléia. Todas as três têm um aspecto terapêutico, toda a gente está de alguma maneira exercitando as possibilidades de o paciente se colocar. Mas aí têm os grupos nucleares e que ali está suposta uma estratégia terapêutica, que é importante, está clara, específica. E têm os grupos que a gente chama de convivência, mas que não é só o grupo de convivência, mas todos aqueles que ajudam a compor o cotidiano do CAPS e que fazem uma clínica que um de nós chama de “discreta”: que é essa possibilidade de estar junto com o usuário, fazendo alguma coisa e ouvindo o que ele tem para dizer. Não tem a intenção de remeter o sujeito ao que ele está falando, mas tem ali uma possibilidade de entrar em contato com o sujeito de uma maneira que, numa formatação terapêutica, às vezes não é possível.

Os grupos são terapêuticos por si, pelo funcionamento. Alguns de nós enxergamos o grupo como uma estratégia para entrar em contato com o sujeito. Alguns sujeitos só se apresentam nesse espaço. É uma maneira de acessar indiretamente. A maioria de nós entende que esses grupos são um *setting* terapêutico com função de efeitos terapêuticos.

As outras funções que a gente entende são que todos têm uma função de ganho de autonomia, de convivência, sociabilização de alguma maneira. Função de voltar a desejar.

Um de nós considera importante colocar que, quando a gente fala de grupo, engloba várias coisas, e é importante fazer essa discriminação: temos grupos abertos. Vai mais pela vontade da pessoa de participar ou não. Como exemplos, nós podemos dar o grupo de rádio ou da culinária. Agora tem outro tipo de atividade grupal que a gente faz, indicando que a pessoa vá lá. Não é nada forçado. A gente não vai forçar a pessoa a ir,

mas é do projeto... E tem os deliberativos, a gente está trabalhando agora com o conselho local do CAPS.

O PTI que se estabelece para o paciente irá indicar a frequência, que tipo de atividades que ele faz, e isso varia muito. Com certeza, ele vai ter que passar por um médico, pela medicação e pela avaliação psiquiátrica e daí vai depender dos recursos cognitivos que a pessoa tem e interesses particulares também. Então, têm grupos de T.O., de referência, tem grupo terapêutico, inclui medicação, têm psicoterapias individuais, oficinas específicas, abertas ou não. Quer dizer, a oficina em geral é aberta, mas, às vezes, essa oficina conforma grupos fechados, como, por exemplo, a de sexualidade, que é um grupo que acaba se fechando um pouco mais. Os atendimentos são feitos individuais ou em grupo, tanto em T.O., quanto em psicoterapia, como os psiquiátricos também.

Anteriormente, o grupo de culinária tinha caráter imperativo, fechado, em que as pessoas tinham tarefas definidas. E hoje, com o retorno do grupo de culinária no CAPS, ele sai desse lado, de ser uma coisa mais fechada e se torna um grupo mais aberto. Cada segunda-feira tem uma pessoa diferente no grupo, não necessariamente aquela que já estava anteriormente. E o que a gente está percebendo no grupo é que, no final, ele se torna um grupo de atendimento, porque ali, durante todo o processo da atividade de fazer comida, vão aparecendo coisas. Então, isso é muito importante.

Às vezes tem um grupo que é tocado por uma pessoa de uma mini-equipe, mas atende pessoas de outras mini-equipes.

Sobre os grupos, um de nós falará a partir do próprio núcleo: faço grupos de atenção à medicação, que não são simplesmente para definir doses, esse tipo de coisa. É uma desculpa, um pretexto para que a gente possa aprofundar. Alguns deles até tem tomado um formato terapêutico. E tem outros grupos que são terapia em grupo mesmo.

Tem um grupo de dependência química, que não são só etilistas ou drogaditos, são alguns pacientes que têm a dependência química como comorbidade. Esse grupo foi criado até por um grande problema que estava acontecendo no CAPS, que era o uso de droga lá dentro, um contra-arranjo com outros comprimidos... Grupo de dependência tem um perfil mais específico, o grupo de medicação um pouco mais geral e o grupo terapêutico também é mais fechado.

Em relação às discussões sobre os grupos, quem faz o grupo é que discute, é um pouco isolado. Como geralmente a gente coordena o grupo em duas pessoas, a discussão acontece entre essas pessoas. E o que acontece é que acabamos discutindo o paciente e não o grupo. Discutimos a postura do paciente no grupo. Mas, realmente, alguns de nós sentem falta disso, falta uma discussão sobre como estruturar um grupo, supervisionar esses grupos que estão acontecendo. Tiveram algumas tentativas de levar para reunião de equipe o grupo, por exemplo, de dependência química. Mas é pouco, ainda, o espaço. No ano passado, tivemos uma apresentação dos grupos, mas ela foi burocrática. Outro de nós considera que, apesar de ser uma coisa mais voltada para o burocrático, talvez tivesse que ter um espaço de apresentação do que se tratam esses grupos, para o pessoal da enfermagem, para o pessoal do apoio. Por exemplo, a culinária, o pessoal não se dá conta de que tem que terminar de arrumar, porque vai ter um grupo ali naquela hora. Assim, coisas burocráticas mesmo, mas que as pessoas que trabalham ali precisariam conhecer melhor. Já outro de nós pensa que isso não é burocrático. Isso é exatamente a perda da clínica pela burocracia. É não ter um cotidiano, em que a clínica esteja prevalecendo o tempo inteiro, porque se, para fazer um grupo de culinária, tem que lembrar o fato às pessoas que são da higiene, é sinal que aquilo não tem sentido para elas. Por isso que a maioria de nós estava dizendo que as construções dos grupos vão muito da iniciativa particular de cada profissional. E raramente a gente

passa isso em equipe e constrói conjuntamente. Parte de uma iniciativa particular ou em dupla ou um trio e aí essas pessoas tocam o grupo e eles vão discutir entre eles. E aí as discussões em cima disso são feitas entre cada paciente. Mas o grupo em si raramente é pensado.

Gostaríamos de tentar esclarecer o termo “clínica discreta”. Tentar, porque o profissional que falou isso não está aqui, mas o reconhecemos pelo discreto. Um de nós acha que efetivamente não existe um embasamento teórico ou uma proposta clara e evidente de falar assim: “olha, vamos botar esse cara no grupo de convivência, o indivíduo vai melhorar dessa forma, ou tem um projeto!” Não, mas a convivência em si, com o psicótico, o faz enxergar além dele. Faz a diferença. Faz a diferença só o fato de a gente estar fazendo mais grupos de medicação ou grupos dentro do CAPS. E isso tem tornado a convivência externa a esses grupos mais leve. Tem havido menos atrito entre os pacientes, e a impressão que um de nós fica é que está mais organizada a convivência lá fora! Não porque a gente está efetiva ou terapeuticamente indo lá: “Não, não briga! Não faça isso”. Achamos que não é uma norma que vem e se integre, mas achamos que vem de uma outra forma, dessa forma discreta que aquele profissional falou, de uma forma, vamos dizer, meio comportamental. A gente não está produzindo um *insight*, a gente não está produzindo uma subjetividade para que o paciente compreenda que deve agir de tal forma socialmente. Não! É uma coisa até meio aprendida socialmente, espelhada na gente ou espelhada neles mesmos. Então, uma clínica meio discreta porque não é direcionada, não é, vamos dizer assim, intencional da nossa parte!

Outro de nós pensa em um exemplo para explicar a “clínica discreta”: o grupo de esportes. Esse grupo é feito numa praça, numa quadra lá na região, e você pega paciente que, no CAPS, apronta um monte: vai ao banheiro e deixa a porta aberta, cospe no chão, faz o diabo a quatro. Mas é interessante que, quando chega ao local em que tem outras

peessoas, em que joga bola junto com a molecada da praça, da comunidade, alguns, no começo, ficam mais paradinhos, mas, com o tempo, vão se soltando mais. E nós, os profissionais, não fazemos nada. A gente não fala: “olha, você vai se comportar agora desse jeito, assim, assado, tal”. Então, nesse sentido, um de nós acha que tem uma clínica discreta, que não tem uma intervenção do *setting* terapêutico, tem um *setting* de poder jogar bola junto, de ouvir, sabe, de o cara parar no meio do jogo: “olha, não estou conseguindo que as vozes tão me atrapalhando!”. Aí, senta com o cara lá do lado ou então fala: “concentra no jogo, quem sabe melhora!” Então não tem essa técnica que você tem no *setting* terapêutico! E esses grupos possibilitam um efeito terapêutico desse jeito, de uma maneira mais enviesada.