

A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais

Vlândia Jamile dos Santos Jucá

Psicologia e Doutorado em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental (ISC/UFBA). Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental/ Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva. Rua Basílio da Gama, s/nº - Campus Universitário Canela. CEP: 40110-040 - Salvador-BA – Brasil. Tel: 3283-7435. vladiajuca@gmail.com

Mônica Lima

Psicologia e Doutorado em Saúde Coletiva. Professora Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental (ISC/UFBA). Endereço: Departamento de Psicologia (UFBA) Rua Aristidis Novis, 198. São Lázaro, Salvador-BA - Brasil. Tel: 71-32836433. molije@hotmail.com

Mônica de Oliveira Nunes

Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Psiquiatra e Doutorado em Antropologia. Pesquisadora-Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental (ISC/UFBA). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva. Rua Basílio da Gama, s/nº - Campus Universitário Canela. CEP: 40110-040 - Salvador, BA – Brasil. nunes@ufba.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi apresentar algumas consideraces sobre o uso de tecnologias leves, como as atividades grupais e de recepção de usuários, oferecidas em 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Bahia e em Sergipe. Focalizamos o potencial atribuído a essas tecnologias. Os dados foram obtidos em grupos focais com profissionais e por meio de observação participante de suas atividades para implantação de formas específicas de desenvolver o cuidado em saúde mental, supostamente orientadas por princípios da reforma psiquiátrica. As tecnologias têm sido recriadas a partir de um movimento das equipes que tentam encontrar os melhores caminhos, dentro de suas possibilidades, para fazer os CAPS funcionarem. No entanto, os impasses vivenciados em sua efetivação são significativos e instalam o risco de repetirmos uma cultura institucionalizante e não promotora de inserção social.

Palavras-chave

CAPS; tecnologias de cuidado; saúde mental; oficinas; atividades grupais; inclusão social.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos dispositivos mais estratégicos na implementação da reforma psiquiátrica, contam com práticas diversas, que devem convergir no sentido de fortalecer os portadores dos considerados “transtornos severos e persistentes” para que eles encontrem novas possibilidades de existir, através da construção de laços sociais que os permitam transitar no espaço social. Dentre as práticas possíveis, constatamos: tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, atendimento individualizado a famílias, orientação, atendimento psicoterápico, assembleias e atividades comunitárias, entre outras (BRASIL, 2004).

Consideramos todas essas práticas como *tecnologias*, que definimos como um conjunto de estratégias e técnicas que potencializam ações de cuidado em saúde mental, no sentido de alcançar objetivos previamente estabelecidos. Duas perspectivas são importantes para a análise que propomos aqui sobre as tecnologias: uma delas surge no campo da saúde mental (SARACENO, 2001a, 2001b; TENÓRIO, 2001) e a outra, no campo da discussão sobre o processo de trabalho em saúde (MERHY, 1997, 1999).

A primeira diz respeito às dimensões envolvidas com a organização das práticas, considerando as diretrizes da reforma psiquiátrica, seus desafios e suas potencialidades. Nesta direção, sabemos que os objetivos definidos em dispositivos substitutivos buscam considerar uma *dimensão clínica* (de resgate do sujeito) e uma *dimensão política* (de conquista da cidadania), que se encontram intimamente associadas. Para atender a essas preocupações, a reforma conjuga, segundo Tenório (2001), referências diversas: *a desinstitucionalização* (que rompe com o paradigma clínico tradicional e propõe uma percepção do adoecimento muito mais focalizada na existência do sujeito do que na patologia *per si*); *a reabilitação* (cujo maior investimento está no resgate do poder de contratualidade); e 3) *a clínica institucional* (que visa fundamentalmente trabalhar o sujeito em sua singularidade, construindo possibilidades para que ele possa fazer laço social).

A segunda, por sua vez, que apresenta uma das perspectivas do estudo sobre o processo de trabalho de profissionais na área da saúde, enfatiza três tipos de tecnologias. A primeira, que seria a das *tecnologias duras*, reflete o conjunto das intervenções assistenciais que contam com instrumentos específicos (a exemplo, no caso da saúde mental, das tomografias, ressonâncias

magnéticas, contenção química, testes psicológicos, etc.). A segunda delas, *leve-dura*, alicerçada pelos vários saberes profissionais estruturados (clínicas psiquiátrica, psicológica, da enfermagem, do serviço social, etc.), é assim denominada por ser:

[...] leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 1999).

Por sua vez, o termo *tecnologia leve* se remete ao processo de relações inerente a qualquer encontro entre usuário e profissional, pelo seu caráter relacional, que anuncia certa forma de agir entre os sujeitos implicados com a produção de saúde (MERHY, 1997). Sobressaem as tecnologias leves quando se “opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações” (MERHY, 1999).

Percebemos a categorização proposta como profícua para entender a complexidade envolvida no processo de trabalho em saúde mental, particularmente as sutilezas da dimensão relacional do emprego das tecnologias em modelos substitutivos, uma vez que compartilhamos que:

[...] qualquer atividade que seja eficaz como intermediação de um diálogo, de um vínculo entre profissional e cliente, produzirá um relacionamento que pode ser terapêutico ou não. Existem atividades que se adequam mais a um ou outro cliente, a partir da sua própria escolha e que, por causa desse interesse pessoal, pode resultar em terapia. **A relação é terapêutica, e não a atividade** [grifo nosso] (ALMEIDA *et al.*, 2004, p. 117).

A proposta deste artigo é colocar as tecnologias, especialmente as *práticas de recepção e as atividades grupais*, em foco, buscando compreender o seu alcance para a mudança nas *dimensões política e clínica* subjacentes ao cuidado em saúde mental, orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica.

Partimos do pressuposto que, para realizar uma análise mais processual da implementação da reforma, precisamos conhecer de que modo essas práticas efetivamente acontecem e se elas funcionam como facilitadoras dos objetivos acima assinalados. Imbuídos desse intuito, na pesquisa intitulada

“Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe” (NUNES *et al.*, 2005), financiada pelo CNPq, estamos realizando uma análise dessa ordem a partir de três eixos: família, território e tecnologias.

O terceiro eixo nos permite mapear as atividades realizadas, os avanços obtidos a partir delas e os impasses vivenciados no cotidiano de sua efetivação. É importante observar que parte das atividades que temos encontrado já existia antes, em outros dispositivos (não necessariamente em serviços de saúde mental), no entanto, pelo fato de elas serem atualizadas no contexto dos CAPS, é visível a necessidade de reinventá-las no sentido de adaptá-las, por um lado, à clientela-alvo e, por outro, ao propósito maior de inserção social.

Apresentaremos a seguir o caminho percorrido na pesquisa e os resultados preliminares referentes ao eixo das tecnologias. Não obstante à diversidade de atividades encontradas, elegemos as práticas de recepção e atividades grupais para serem abordadas neste artigo. A discussão de cada uma particularmente nos fornece elementos suficientes para um texto específico, no entanto construiremos aqui uma visão ampla de duas atividades que nos parecem vitais nos CAPS e que têm trazido desafios relevantes para as equipes que neles atuam.

2. METODOLOGIA

A pesquisa conta, fundamentalmente, com dois momentos. A primeira fase foi denominada semi-intensiva (2006-2007). O objetivo principal desse momento foi conhecer, de modo mais abrangente, o funcionamento dos serviços, as conquistas realizadas e as principais dificuldades vivenciadas pelas equipes. Essa fase da equipe foi desenvolvida em três semanas, nas quais, além das entrevistas e dos grupos focais, tivemos um período de observação sistemática, sobretudo acerca das atividades desenvolvidas nos CAPS. Em termos de técnicas empregadas, foram realizadas entrevistas com gestores (secretários de saúde), com coordenadores dos CAPS, com usuários e grupos focais, com profissionais e com familiares. Foram estudados 11 CAPS, sendo sete na Bahia e quatro em Sergipe. Em Aracaju, foram estudados CAPS correspondentes a cada uma das modalidades: tipo I, tipo III, infanto-juvenil e CAPSad, para dependentes de álcool e de outras drogas. Na Bahia,

todas as modalidades foram estudadas, à exceção do CAPS III, por ter-nos sido dificultada a investigação nesse serviço por parte de sua coordenadora e da Secretária de Saúde de um dos municípios escolhidos para estudo. Tentamos contemplar, na Bahia, também uma certa representatividade regional, não no sentido epidemiológico do termo, mas na perspectiva de integrarmos, no nosso grupo de estudo, CAPS situados em macrorregiões distintas. Buscávamos, com isso, obter alguma diferenciação, principalmente em termos culturais e demográficos, tendo sido observadas também distinções sociais e econômicas.

A segunda etapa da pesquisa (2007-2008) acabou de ser concluída, razão pela qual seus dados não foram incluídos neste artigo. Sua principal característica é promover o aprofundamento do trabalho de investigação em três CAPS previamente selecionados, a partir de critérios como: tempo superior a um ano de funcionamento, presença de uma equipe atuante, disponibilidade do serviço em receber os pesquisadores e fácil acesso (não poderia ser um CAPS distante da capital, pois essa fase da pesquisa tem duração de um ano e não contamos com pesquisadores que poderiam se afastar durante todo esse tempo de Salvador). Nessa fase, a pesquisa adquiriu uma configuração etnográfica, através da qual os pesquisadores buscam imersão maior nos serviços, acompanhando as atividades através de observação participante e relatando-as em diários de campo, bem como realizando entrevistas com usuários, profissionais e membros das comunidades nas quais os serviços se encontram localizados. A proposta com os usuários selecionados, em particular, é resgatar suas histórias de vida para compreender os impactos trazidos pelo adoecimento em suas respectivas trajetórias e os efeitos que suas inserções em atividades promovidas nos CAPS têm produzido sobre suas existências. Para isso, estamos utilizando uma adaptação do instrumento *turning point*, desenvolvido pela professora Ellen Corin e sua equipe no Hospital Douglas, Montreal¹. O interesse desse instrumento é identificar situações e momentos referidos como significativos, que funcionam como pontos de virada na vida de uma pessoa.

Os dados que apresentaremos a seguir dizem respeito a uma análise preliminar da etapa semi-intensiva. Focalizaremos principalmente o discurso dos profissionais sobre as atividades destacadas. Como se trata de uma

¹ Algumas das ideias dessa equipe podem ser encontradas em Corin (1990), Corin e Lauzon (1992), Corin e Bibeau (1995).

pesquisa ampla, o banco de dados produzido é de extrema riqueza e nos permite fazer recortes diversos. Por hora, então, traremos as vitórias e as angústias dos profissionais sobre a prática da recepção e as práticas grupais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A recepção

Por recepção, estamos considerando não apenas o primeiro contato usuário-profissional de saúde, mas todas as práticas envolvidas na inserção do sujeito no CAPS, que se iniciam no dia em que ele chega ao serviço por demanda espontânea ou referenciada, passando pelos procedimentos de acolhimento, que podem ser individuais ou grupais, até a elaboração de seu projeto terapêutico individual, no qual se decidem as atividades que ele irá integrar.

É preciso considerar de antemão que a chegada do usuário ao serviço e o modo pelo qual ele será, ou não, acolhido são de extrema importância para o que acontece posteriormente. Retomando uma metáfora utilizada por Freud para falar do tratamento psicanalítico, Tenório (2000) afirma que:

É bastante conhecida a menção de Freud ao jogo de xadrez para falar dos primeiros lances de um tratamento analítico: segundo ele, em uma análise, tal como naquele jogo, apenas os lances iniciais (as 'aberturas') e finais podem ser apresentados de forma sistemática. Penso que podemos tirar mais consequências da metáfora de Freud: no jogo de xadrez, uma vez que os primeiros lances sejam feitos, eles deixam em aberto inúmeras possibilidades para os lances futuros, mas já eliminaram muitas outras possibilidades que são doravante impossíveis pela forma como as peças foram movimentadas de início (p. 79).

A primeira questão a ser apontada diz respeito à nomeação da prática de recepção no serviço. Apesar de ela envolver momentos vários, como já mencionado, geralmente existe um encontro mais formal entre os profissionais e o possível usuário, no qual se decide se ali existe um "caso" para o CAPS ou não. Esse momento recebe designações diversas de acordo com a escolha feita pela própria equipe: triagem, acolhimento e recepção são os termos mais usuais. Parece interessante explorar o sentido de cada

um desses termos, uma vez que evocam aoes tmbm diferenciadas. Enquanto **triagem** enfatiza o aspecto da seleao, o acolhimento e a recepao remetem  aproximao primeira mais calorosa, em que o sujeito não será apenas mais um caso (que fica ou  encaminhado). Não queremos dizer com isso que as equipes que aderem ao termo triagem tenham uma postura mais distanciada, apenas gostaríamos de registrar que a escolha do nome para batizar o dispositivo de entrada no serviço nos convida, a princípio, a uma reflexão sobre os motivos que levaram a essa eleiao.

Sobre o modo de operacionalizaao da recepao, nos CAPS visitados encontramos três elementos definidores do formato que ela tomar, são eles: os profissionais envolvidos, as etapas e a utilizaçao de entrevistas individuais ou grupais. Com relaao ao primeiro aspecto, em geral, todos profissionais (ou boa parte deles) estão envolvidos com essa atividade, segundo rodízio apresentado em escala pré-definida. Podemos compreender a definiçao de quais profissionais poderão se envolver com o momento da entrada do usuário pela discussão de dois aspectos: 1)  necessário ter nível superior ou não?; e 2)  preciso que os profissionais envolvidos tenham algum conhecimento de psicopatologia? Estas questoes estão presentes, ainda que como pano de fundo, nas reunioes de equipe, e a tomada de posiao depende não apenas de questoes referentes ao domínio de técnicas específicas, mas atinge diretamente os princípios da reforma psiquiátrica, pois estar ou não na recepao passa a ser percebido como ocupar um lugar de poder, onde decisoes importantes são tomadas, e a questão que subjaz  justamente quem está habilitado, como detentor de um saber específico, para assumir tamanha responsabilidade.

Com relaao às etapas envolvidas e às estrategias utilizadas, encontramos duas possibilidades. Pode-se trabalhar com apenas uma entrevista individual ou grupal (ou seja, o trabalho de recepao conta com apenas uma etapa), ou conjugam-se momentos individuais e grupais. Como exemplo da segunda possibilidade, encontramos CAPS em que primeiro o sujeito  recebido individualmente e, depois, marca-se um momento em grupo, no qual ele será escutado novamente, para então se definir como será sua inserao no serviço. Em alguns lugares, o grupo aparece como segundo momento apenas para os que apresentam queixas difusas ou em situaoes nas quais os profissionais acreditam que alguns encontros, com caráter de escuta e orientaçao, podem solucionar a situaao trazida. Outras vezes, o movimento

é inverso, o primeiro encontro é realizado em grupo e, posteriormente, acontece a acolhida mais individualizada. Por outro lado, são apontadas situações em que os próprios usuários e familiares pedem reserva na primeira entrevista. Para além do respeito à privacidade, pensamos que cabe uma discussão mais aprofundada sobre o primeiro momento de acolhida do sofrimento no serviço, as estratégias utilizadas e seu efeito. As angústias dos profissionais sobre essa prática são intensas e comumente circulam entre três considerações:

Receber é uma atividade que sobrecarrega, pois requer escuta, preenchimento de papéis, decifração do que se trata, distinção de se é caso para o CAPS, eleição de atividades (por vezes, o projeto terapêutico – pelo menos em sua versão “preliminar” – já se define nesse momento), marcação e encaminhamento (quando é o caso). Quando é necessário encaminhar, a angústia do profissional se intensifica, pois ele se depara com a inexistência de uma rede de saúde efetiva, o que, por vezes, o leva a aceitar alguém que, inicialmente, não teria indicação para CAPS por não ter, por exemplo, um ambulatório ao qual encaminhá-lo. Isso nos faz pensar no próprio ato do encaminhamento, que, quando realizado, ainda deixa a desejar justamente em função de ser reduzido à indicação de um serviço que pode ser procurado, para o qual o sujeito pode se direcionar ou não, e, caso o faça, no máximo conta com o suporte de um papel escrito e assinado por um profissional. Refletindo sobre o encaminhamento, Brauer (2003, p. 60) nos alerta que o termo: “[...] deve ser significado mais exatamente com ‘por no caminho’ e não ‘enviar para’”.

Lidar com a angústia do outro. Os profissionais relataram o quanto é desgastante lidar cotidianamente com a angústia do outro, principalmente nos momentos em que chegam ao serviço usuários e familiares em crise. Alguns professores, durante sua graduação, foram minimamente instrumentalizados para conviver com essa angústia, o que pode maximizar o impacto de estar na linha de frente. No entanto, muitos não passaram por nenhum preparo para atuar em saúde mental e, para esses, o desconcerto tende a ser maior. Além disso, independentemente da graduação, encontramos profissionais que não tinham desejo de atuar no campo e acabaram assim procedendo, pois essa foi a única oportunidade de emprego que surgiu. Para esses, os impasses também são intensificados.

Conviver com o sofrimento social. Como realizamos a pesquisa em serviços públicos, a clientela atendida é desfavorecida economicamente, e muitas vezes não tem garantia de nenhuma renda fixa. Nesse contexto, o sofrimento mental vem articulado ao sofrimento social, em uma relação estreita, e isso também é motivo de mal-estar entre os profissionais, que se vêm confrontados com a miséria e a violência, que se apresentam com muita visibilidade. A exclusão tem muitas faces, o que se percebe pelo relato de uma de nossas entrevistadas:

[...] Miséria pouca é bobagem. Quando a gente entra no acolhimento é sempre uma história bombástica. É uma história psiquiátrica, geralmente carregada de anos de uma romaria – às vezes nem passou por um tratamento [...] Isso é a parte psiquiátrica. Mas junto com isso a gente assume uma parte da população que é paupérrima.

A inquietação dos profissionais, que nos parece salutar, abre um campo de estudos ainda não suficientemente explorado, que diz respeito à articulação do sofrimento mental com o sofrimento social. Esta se revela de modos diversos – passa pelo não-acesso aos bens de consumo, aos serviços (como educação e saúde) e vai até um fenômeno de proporções epidêmicas na atualidade: a violência, que tem frequentemente funcionado como elemento desencadeador de quadros agudos de sofrimento mental.

3.2. As atividades grupais

Os grupos terapêuticos têm uma longa história, que se inicia na década de 1920 e diversifica-se na década de 1940, com a formalização de outras abordagens terapêuticas além da psicanálise (BECHELLI e SANTOS, 2004). As oficinas, por sua vez, remontam aos primórdios da psiquiatria, mas foram ressignificadas como recurso terapêutico ao longo do tempo. No contexto da reforma psiquiátrica, as oficinas surgem: 1) como via de expressão e elaboração de ideias e afetos; 2) como espaço de aprendizagem (algumas são, inclusive, profissionalizantes); e 3) como espaço de promoção de atividades culturais (GUERRA, 2004). Vale ressaltar que, enquanto os grupos terapêuticos geralmente são realizados no espaço interno do CAPS, por sua especificidade, as oficinas não necessariamente precisam ocorrer intramuros. Pelo contrário, é importante que algumas sejam realizadas na comunidade (promovidas pelo CAPS ou não) e que possam integrar usuários e outros sujeitos que habitam o mesmo território. No entanto, nas visitas realizadas

aos CAPS envolvidos neste estudo, percebe-se claramente a concentração de atividades no espaço interno da instituição, o que se configura como forte indicador das dificuldades de circular no território e estabelecer parcerias.

Na pesquisa, interessou-nos saber os motivos pelos quais as atividades grupais são realizadas, as orientações teóricas seguidas e as técnicas empregadas, bem como as dificuldades vividas e os resultados obtidos. Não obstante tratar-se de um trabalho com longo percurso histórico, é perceptível o quanto ele se encontra repleto de desafios teóricos e práticos, que, para serem devidamente enfrentados, demandam um esforço de responder a algumas questões norteadoras. A primeira dessas questões seria o motivo pelo qual é interessante fazer essas atividades no contexto dos CAPS. Duas respostas seriam: atender a uma demanda institucional e atingir o maior número de pacientes. Compreendemos as pressões sofridas pelos técnicos que se encontram na linha de frente da assistência, mas, mesmo assim, essas não podem ser consideradas razões suficientes para que se faça a opção por tal modalidade de atendimento.

Nesse sentido e considerando especificamente a estratégia dos grupos terapêuticos, Bezerra Jr. (1993) afirma ser necessário compreender por que o grupo se mostra como espaço fértil para elaboração de conteúdos psíquicos. A opção pela estratégia individual ou grupal remonta a uma discussão sobre a privacidade, na qual com frequência transpomos valores que, durante longo tempo, foram definidores das classes média e alta para as camadas mais populares. Nessas, segundo o autor, o fato de estar entre vários que vêm de uma condição similar à sua pode funcionar como elemento facilitador da verbalização e associação. Por outro lado, é necessário ter o cuidado de não simplificar essa compreensão e chegar à conclusão de que grupo é psicoterapia de pobre, como adverte Mascarenhas (1987). Apesar de se encontrar na classe média e alta o que este autor denomina de “uma profunda aspiração aristocrática a tratamentos individualizados [...]” (p. 165), experiências bem-sucedidas com indivíduos pertencentes a essas camadas são relatadas.

Ao nos determos na condução das atividades grupais (sejam grupos terapêuticos ou oficinas), não obstante terem sido encontradas iniciativas interessantes e que claramente estão tendo repercussões positivas na vida dos usuários, observamos que esse é um terreno marcado pelo espontaneísmo. A observação de Pichon-Rivière (2000) sobre o “estado da arte” dos grupos terapêuticos, feita originalmente em 1963, vale ainda em nossos dias:

[...] Pode-se observar que no campo da psicoterapia grupal reina uma grande confusão, devido à existência de múltiplos esquemas referenciais de trabalho, em meio à notória escassez de trabalhos referentes a critérios e técnicas de avaliação [...] Pontalis denomina 'empirismo caótico' essa situação que se observa hoje no contexto da investigação psicossocial dos pequenos grupos (p. 114-115).

Ao abordarmos, por exemplo, os profissionais sobre os objetivos que norteiam cada oficina, recebemos respostas intrigantes como: "Vai da proposta de cada profissional", ou ainda, "A gente trabalha assim muitas coisas. Assim, é... deu branco [...] Harmonia entre eles, assim, a interação". Mesmo para os condutores dessas atividades, os propósitos que deveriam guiar sua atuação não parecem suficientemente evidenciados. Por sua vez, a literatura especializada sobre a organização, formalização e avaliação da oferta das oficinas como tecnologia para o cuidado na área de saúde pode ser considerada incipiente. No entanto, podemos citar estudos mais recentes que trazem reflexões importantes para iniciarmos o debate. Afonso *et al.* (2003) e Afonso (2006) trazem exemplos do seu uso, mas também propõem procedimentos e métodos de organização de oficinas. Costa e Figueiredo (2004) nos oferecem textos que fazem um resgate histórico do lugar ocupado pelas oficinas em saúde mental, acrescidos por algumas análises críticas das experiências desenvolvidas em CAPS.

Em detrimento da diversidade e dos termos atribuídos a essas tecnologias dentro dos CAPS estudados, ou mais especificamente o potencial dos encontros entre usuários e profissionais em sua capacidade de operar jogos intersubjetivos de expectativas e produções de acolhida ou não, da sua capacidade ou não de oportunizar momentos de confiança e esperança, de estabelecer ou não relações de vínculos e aceitação, responsabilização ou não em torno do problema enfrentado (MERHY, 1997, 1999), a observação sistemática e os relatos sobre as experiências dos profissionais e dos usuários em oficinas terapêuticas, expressivas, de apoio, de geração de renda, de família, etc., não nos permite sistematizá-las nas etapas básicas apresentadas para organização de uma oficina em saúde². Dito de outra maneira, apesar de não encontrarmos um rigor em relação à organização, ao formato e à

² Etapas sintetizadas por Afonso *et al.* (2003) e Afonso (2006), por exemplo, como definição de tema e análise da demanda; pré-análise e as escolhas do "foco" e "temas-geradores"; enquadre e tipo de planejamento, flexível (global ou passo a passo), sequência e organização dos encontros e o momento da avaliação do alcance dessa tecnologia.

avaliação de dessas tecnologias nas experiências dos nossos interlocutores, o que supostamente nos permite reforçar a percepção, destacada a pouco, de que falta clareza e sistematização nas referidas tecnologias implementadas nesses CAPS, não podemos deixar de sinalizar a sua centralidade para o funcionamento do CAPS, bem como sua força em produzir espaços de interação fundamentais para a função que esses serviços buscam alcançar.

Ao buscar as sutilezas das tecnologias usadas, focalizando sua dimensão relacional, podemos destacar aspectos negativos e positivos. Por um lado, encontramos profissionais que acreditam que os usuários têm se beneficiado das oficinas porque essas “ocupam a mente”. Para ilustrar, observemos os dois discursos a seguir: “A gente trabalha mais com recreação. Com oficinas de beleza, higiene, de música, de expressão corporal”. E o outro relato: “Eles sabem que têm que fazer alguma atividade para ocupar a mente”.

Essa percepção da oficina, como espaço de entretenimento, já vigorou na saúde mental há algum tempo, e tem efeitos delicados que caminham na contramão do que propõe a reforma psiquiátrica. Sobre isso, Saraceno nos alerta:

[...] Na sua raiz latina, entretenimento também significa manter dentro. É aí que está o desafio da reabilitação. Entreter para manter dentro, pode ser dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar da saúde reproduz a enfermidade. Então, a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices desse tipo de entretenimento. Devemos tomar outra direção (SARACENO, 2001a, p. 18).

Para a análise que buscamos apresentar aqui sobre a operacionalização dessas tecnologias, em seu caráter mais relacional, referente à organização do processo de trabalhos de profissionais de saúde e oficineiros (*as oficinas*), as reflexões de Guerra (2004) são úteis e se aproximam das advertências trazidas por alguns teóricos da reforma psiquiátrica, considerando a potencialidade negativa e, ou, positiva dessas tecnologias (SARACENO, 2001a, 2001b; ALMEIDA *et al.*, 2004).

Guerra (2004, p. 46-47) descreve quatro feixes discursivos subjacentes ao emprego dessa tecnologia: do *déficit*; do *inconsciente*; da *cidadania*; e da *estética*. Cada um desses discursos reforça uma visão específica da loucura: o primeiro é reforçado pela “infantilização” do louco, remarcando a

“incapacidade” do usuário e pode ter como consequência negativa o seu entretenimento; o segundo diz respeito à noção de que a loucura é uma “estrutura clínica diferenciada” – psicose – e traz a concepção de oficina como uma estratégia de “operação subjetiva” para a “estabilização; o terceiro sinaliza uma posição da loucura em sua dimensão de “exclusão sociopolítica”, em que as oficinas assumiriam um caráter de inscrição pela “conquista do respeito à diferença, à convivência e à cidadania”, e o quarto discurso toma a loucura como uma “forma contemporânea de expressão”, e o caminho trilhado esperado pelo usuário, nessas tecnologias, seria a da sua “inscrição na cultura”, através da “ampliação do universo cultural e circulação social”. Através dos resultados obtidos por Guerra (2004) sobre os discursos do *inconsciente*, da *cidadania* e da *estética* subjacentes ao uso de oficinas, podemos também ressaltar seu potencial positivo.

Por outro lado, na direção positiva da função das oficinas, podemos observar que outros profissionais dos mesmos CAPS estudados trazem significados diferenciados que se aproximam mais, por exemplo, da ideia de que nesses espaços o usuário pode encontrar uma via de expressão para suas angústias:

Ela [usuária] fica muito angustiada. Ela falou que sente dores à noite, que tem que sair do quarto [...] Está sufocada, sem respirar. Então eu vi no trabalho dela o que ela estava sentindo. Aí a gente deixa que eles façam porque estão passando o sentimento deles ali.

A partir dos dados produzidos no trabalho de campo, percebemos que os grupos e as oficinas, não obstante sejam reconhecidos como um espaço importante, especialmente como espaço de socialização e de compartilhamento, ainda acontecem sem uma clareza maior, por parte dos profissionais, das razões pelas quais é interessante lançar mão dessas propostas. Além disso, acreditamos que os trabalhos grupais podem avançar em termos de reflexão teórica, aprimoramento técnico e, acima de tudo, compromisso político, no sentido de articular essas propostas ao projeto maior da reforma, que visaria justamente o empoderamento do usuário para que ele circule no território e participe das trocas sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, abordamos duas das tecnologias utilizadas no contexto dos CAPS: as que são utilizadas para receber os usuários no serviço e os trabalhos grupais realizados (essencialmente, grupos terapêuticos e oficinas). Contudo, é importante frisar que, mesmo com a referida delimitação, realizamos aqui apenas reflexões primeiras derivadas de uma etapa preliminar do trabalho de pesquisa.

Apesar do caráter inicial das reflexões desenvolvidas, acreditamos ser de extrema importância e urgência pensar com mais cuidado nas tecnologias desenvolvidas e empregadas nos serviços substitutivos, haja vista que é através delas que os profissionais podem viabilizar os propósitos que nutrem a reforma psiquiátrica.

Percebemos que as tecnologias têm sido recriadas a partir de um movimento das equipes, que tentam encontrar os melhores caminhos, dentro de suas possibilidades, para fazer os CAPS funcionarem. Apesar da criatividade e do investimento, consideramos que a recepção ainda é um dispositivo pouco explorado e que algumas definições, fundamentalmente, acerca dos técnicos envolvidos e das estratégias a serem utilizadas precisam ser enfrentadas com maior rigor. A troca de experiências certamente é um caminho fértil nesse sentido, pois permite uma rede de cooperação entre os serviços. Essa troca, contudo, deve incluir a reflexão teórica para que as escolhas sejam mais bem orientadas.

Sobre grupos e oficinas, é nítido o quanto a demanda institucional de se realizar tais atividades não foi acompanhada por um amadurecimento dos motivos pelos quais fazemos grupos, dos referenciais que embasam as atividades e, mesmo, de uma incrementação técnica. Uma série de perguntas permanecem silenciadas e, enquanto isso, esses espaços acabam não funcionando, em muitos casos, como espaço para (re)construção de laços sociais e inserção na comunidade de modo mais amplo. Considerando a importância que os grupos (sejam terapêuticos ou oficinas) têm nos CAPS, essa questão precisa ser trabalhada com mais seriedade, pois, do contrário, corremos um sério risco de repetir os problemas dos ambulatórios que, criados originalmente para romper com a institucionalização dos portadores de transtorno mental, acabaram, em alguns casos, mostrando-se tão cronificadores quanto o hospital tradicional.

Além disso, queremos enfatizar que quando falamos de tecnologias não queremos, de modo algum, propor um tecnicismo, em que um *modus operandi* seja criado para ser seguido por todos. Reconhecemos que as tecnologias, por si próprias, não podem ser avaliadas como positivas ou negativas, mas, por outro lado, sabemos que quando devidamente utilizadas e acompanhadas por uma reflexão teórica e ética elas podem ser grandes facilitadoras no caminho para os objetivos almejados. Assim, desejamos apenas incitar o debate sobre o fazer cotidiano que assume a ambiciosa, mas fascinante, proposta de reduzir o sofrimento mental de alguns sujeitos e ajudá-los na reconstrução de suas vidas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. In: AFONSO, L. (Org). *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 9-62.

AFONSO, L.; ABABE, F.; AKERMAN, D.; COELHO, C.; MEDRADO, K.; PAULINO, J.; PIMENTA, S. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

ALMEIDA, A; MORAES, B.; BARROSO, C; BARROS, M.; SAMPAIO, J. Oficinas em saúde mental: relato experiências em Quixadas e Sobral. In: COSTA, C. M; FIGUEREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 117- 134.

BECHELLI, L. P.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 8 Ago. 2007.

BEZERRA JR., B. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: LANCETTI, A. *Saúde Loucura 4: Grupos e coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 129-144.

BIBEAU, G.; CORIN, E. (Ed.). *Asceticism and violence in interpretation*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995.

A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: 141
recepção e atividades grupais

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os CAPS na rede de atenção à saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAUER, J. F. *Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CORIN, E.; LAUZON, G. Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among Schizophrenics. *Psychiatry*, v. 55, n. 3, p. 266-278, 1992.

CORIN, E. Les dynamiques familiales et leur étayage dans le cas de la schizophrénie. In: BRODEUR, C.; PELSSER, R.; TARRAB, G. (Ed.). *La famille: L'individu-plus-un*. Co-édition: Boucherville, Éditions G. Vermette; Marseille, Hommes et Perspectives: 1990. p. 163-187.

COSTA, C. M.; FIGUEREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M; FIGUEREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 23-58.

MASCARENHAS, E. Grupo não é psicoterapia de pobre. In: PY, L. A. (Org.). *Grupo sobre grupo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987, p.163-180.

MERHY, E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 Nov. 2007.

MERHY, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. *Democracia e saúde a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

NUNES, M. O. *Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*. Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde 07/2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2001a. p.13-18.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 65-69.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, v. VI, n. 17, p. 79-91, 2000.

The (re) invention of technologies within the context of psychosocial care centers: reception and group activities

Abstract

This study aims to illustrate some of the considerations on the use of soft technologies, such as group activities and user reception, offered by 14 CAPS in the states of Bahia and Sergipe, focusing on the potential attributed to such technologies. The data was obtained in focal groups with team professionals and participant observation during activities for the implementation of specific ways to develop mental health care, supposedly oriented by principles of psychiatric reform. It is noted that these technologies have been recreated from the teams' initiative of attempting to possibly find better ways to make CAPS work. Therefore, the barriers experienced are significant and illustrate the risk of repeating an institutionalizing culture that does not promote social inclusion.

Keywords

CAPS, care technologies, mental health, workshops, group activities, social inclusion.

Artigo recebido em: 17/10/2008

Aprovado para publicação em: 17/11/2008