

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ÉLEM GUIMARÃES DOS SANTOS

**O GRUPO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA
NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2010

ÉLEM GUIMARÃES DOS SANTOS

O GRUPO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marluce Miguel de Siqueira

VITÓRIA
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Santos, Élem Guimaraes dos, 1981-
S237g O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção
 Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo / Élem Guimaraes
 dos Santos. – 2010.
 123 f. : il.

Orientadora: Marluce Miguel de Siqueira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Psicoterapia de grupo. 2. Centros de reabilitação – Espírito
Santo (Estado). 3. Álcool. 4. Drogas. I. Siqueira, Marluce Miguel
de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
da Saúde. III. Título.

CDU: 614

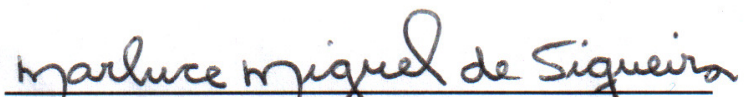
ÉLEM GUIMARAES DOS SANTOS

**O GRUPO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA
NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS DO ESPÍRITO SANTO**

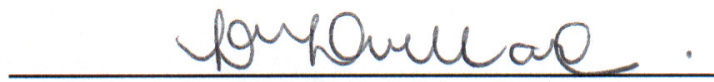
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia.

Aprovada em 5 de fevereiro de 2010.

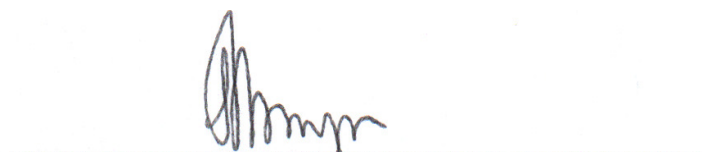
BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Marluce Miguel de Siqueira

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora


Prof.^a Dr.^a Luziane Zacché Avellar

Universidade Federal do Espírito Santo – UFES


Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

A Deus, autor e dono de tudo isso.
Minha força e inspiração.

AGRADECIMENTOS

À professora Marluce Siqueira, minha orientadora,
pela escolha e confiança em mim depositada, pela dedicação, amizade e incentivo.

Aos colegas do Núcleo de Estudos Sobre Álcool e Outras Drogas (NEAD)
pela acolhida e pelo compartilhamento das experiências.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial,
aos professores Luiz Henrique, Túlio, Maristela e Crispim,
pelas sugestões, estímulo e disponibilidade de compartilhar suas ideias.

Aos professores Agnaldo Garcia, Edinete Rosa e Luziane Avellar, do Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, pela disponibilidade e pelas contribuições
manifestadas na qualificação e defesa da dissertação.

À professora Terezinha Cid, professora do Curso de Terapia Ocupacional da UFES,
pelo incentivo e apoio na defesa.

A todas as colegas de Mestrado, pela cumplicidade, amizade e solidariedade.

Aos colegas de trabalho do CAPS de Anchieta
pelo apoio e contribuição no estudo piloto.

Às equipes dos CAPSads da Serra, de Vila Velha e do CPTT
pela acolhida e colaboração na pesquisa.

À professora Luzimar pelo incentivo e apoio.

À Lívia Nossa, aluna de iniciação científica do NEAD, pela colaboração na
realização das entrevistas e na transcrição do material.

Ao professor Irineu Cruzeiro pela revisão do *Abstract*.

À minha família, que me deu apoio e incentivo em tudo.

Ao meu irmão Edson pela cumplicidade e parceria.

Ao meu esposo, Laudimar, pela presença, compreensão, companheirismo e respeito
prestados nas horas mais difíceis.

A todas as pessoas que, ao seu tempo e modo,
contribuíram para a realização deste trabalho.

Obrigada.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo descrever a assistência grupal prestada pelos profissionais de nível superior nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) do Estado do Espírito Santo. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratório-descritiva, do tipo qualitativo, que adotou, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada. Os cenários da pesquisa foram os três CAPSad do Estado do Espírito Santo. Foram entrevistados 17 profissionais de nível superior de diversas categorias. As entrevistas foram transcritas e todo o material qualitativo foi submetido à análise de conteúdo, que resultou em quatro categorias de análise: concepções de grupo; metodologias adotadas nos grupos; dificuldades encontradas nos grupos; e formação e preparação profissional para o trabalho com grupos. Os resultados desta pesquisa mostram que os grupos são estratégias muito utilizadas nos CAPSads. Recebem diferentes denominações, dependendo de sua finalidade e contexto, e são coordenados por profissionais de várias áreas. O funcionamento dos grupos se dá por meio de metodologias diversas, a depender do tipo de grupo, dos recursos disponíveis e do referencial teórico adotado pelo profissional que coordena. As principais dificuldades encontradas nos grupos estiveram associadas aos usuários, ao profissional, à falta de recursos e ao processo grupal. Em relação à formação e preparação do profissional, constatou que a experiência do trabalho grupal com os usuários de substâncias psicoativas coloca os profissionais diante de inúmeros desafios que, muitas vezes, esses profissionais não estão preparados para enfrentar e isso influencia fortemente sua prática. Diante disso, conclui que os grupos constituem importantes estratégias no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, sendo práticas ainda pouco sistematizadas nesses contextos.

Descritores: Centros de Atenção Psicossocial. Terapia de Grupo. Álcool. Drogas.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe the joint assistance provided by the graduated professionals in the “Centers for Psychosocial Attention to Drugs and Alcohol Users” (CAPSad) of the Espírito Santo state in Brazil. A descriptive-exploratory study of qualitative type was performed in order to describe it. The adopted technique adopted for data collection was a semi structured interview. The three Centers for Psychosocial Attention to Drugs and Alcohol were the scenarios where 17 graduated professionals of different categories were interviewed. The interviews were transcribed and all the qualitative material were submitted to content analysis, which resulted in 4 analyses categories; group conceptions, methodologies adopted in the groups difficulties found in the groups and professional training and preparation for the work with groups. The results of this research show that group work is a very common used strategy by all the CAPSad which receive different denominations depending on their goal and context and are coordinated by professionals of different areas. The groups actions are performed through several methodologies depending on the type of group, the available resources and the theory referential adopted by the coordinating professional. The main difficulties faced by the groups were associated to the patients, the professionals, the lack of resources and the group process. Concerning the professional training it was observed that the group work experience with the psychoactive substance users drive the professionals to many challenges and most frequently these professionals are not prepared to handle which strongly influences their practices. Whereupon the study concludes that the work done in groups constitute important strategies in the caring of the psychoactive substance users, being practices not widely systematized in these contexts.

Descriptors: Mental Health Services. Psychoterapy, group. Álcohol. Drugs.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas

CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CTT – Centro de Tratamento de Toxicômanos

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECRO – Esquema Conceitual Referencial Operativo

HIV – Human Immunodeficiency Vírus

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NEAD – Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PTI – Projeto Terapêutico Individual

PRD's – Programas e Projetos de Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNODOC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 INTRODUÇÃO.....	12
3 PERCURSO TEÓRICO.....	14
3.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	14
3.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS NO PANORAMA SOCIAL.....	17
3.3 OS TRANSTORNOS RELACIONADOS COM AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE COLETIVA.....	20
3.4 TEORIA GERAL SOBRE GRUPO.....	24
3.4.1 Concepções e Referenciais de Grupo.....	33
4 OBJETIVOS.....	53
4.1 GERAL.....	53
4.2 ESPECÍFICOS.....	53
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	54
5.2 CENÁRIOS DA PESQUISA.....	55
5.2.1 CAPSad de Vitória ou Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT).....	55
5.2.2 CAPSad de Vila Velha.....	56
5.2.3 CAPSad de Serra.....	56
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
5.4 PROCEDIMENTOS.....	57
5.4.1 Análise Documental.....	57
5.4.2 Coleta do Material.....	58
5.4.3 Estudo Piloto.....	59
5.4.4 Análise e Tratamento do Material.....	59
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	60

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS ATIVIDADES GRUPAIS.....	61
6.1.1 Funcionamento das Atividades Grupais.....	63
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS.....	71
6.3 ATIVIDADES GRUPAIS: DA CONCEPÇÃO À FORMAÇÃO.....	74
6.3.1 Concepções de Grupo.....	74
6.3.2 Metodologias Adotadas nos Grupos.....	79
6.3.2.1 <i>Tipo de Grupo.....</i>	79
6.3.2.2 <i>Recursos Materiais e Técnicas Utilizadas nos Grupos.....</i>	88
6.3.2.3 <i>Referencial Teórico-Metodológico Adotado nos Grupos.....</i>	91
6.3.3 Dificuldades Encontradas nos Grupos.....	95
6.3.3.1 <i>Dificuldades Relacionadas com o Profissional.....</i>	95
6.3.3.2 <i>Dificuldades Relacionadas com os Usuários.....</i>	97
6.3.3.3 <i>Falta de Recursos.....</i>	98
6.3.3.4 <i>Dificuldades Relacionadas com o Processo Grupal.....</i>	101
6.3.4 Formação e Preparação do Profissional Para o Trabalho com Grupos.....	102
 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 105
 8 REFERÊNCIAS.....	 108
 APÊNDICES.....	 120
APÊNDICE A – Roteiro-Guia de Entrevista.....	121
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Institucional.....	123

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo é resultado de indagações surgidas a partir do ingresso da pesquisadora, em 2007, como terapeuta ocupacional, no Centro de Referência da Assistência Social, numa experiência de trabalho com grupos de inclusão social. Na época, a utilização do grupo como estratégia terapêutica possibilitou suscitar questionamentos a respeito da formação, preparação e caracterização dos profissionais que utilizam esse recurso. A inserção no campo da saúde mental se deu mais à frente, em 2009, ao ingressar num Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS I), no município de Anchieta – ES. Na experiência em questão, pôde participar do planejamento e da coordenação de grupos com a equipe técnica, para o tratamento das pessoas com transtornos mentais e também de usuários de álcool e outras drogas. Toda essa experiência possibilitou vivenciar na prática o grande potencial resolutivo do grupo no processo saúde/doença, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Contudo, constatou a falta de uma política organizacional e técnica que fundamente tal prática para os profissionais que lidam com esse tipo de abordagem.

A inserção da pesquisadora no Mestrado e no Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (NEAD) da Universidade Federal do Espírito Santo fortaleceu ainda mais o desejo de estudar um cenário pouco explorado em termos de análise científica e uma prática ainda pouco discutida, sistematizada e questionada nos serviços de saúde, objeto de estudo desta pesquisa: como os profissionais de nível superior se utilizam das atividades grupais nos CAPS Álcool e Drogas. Atividades grupais, grupos, psicoterapia de grupo ou, ainda, grupoterapia são os termos adotados neste estudo, pois a literatura mostra que não há um consenso na designação desse termo, apontando para uma diversidade deles.

Nesse sentido, este estudo propõe-se descrever os grupos como modalidade assistencial cotidiana nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Para tanto, esta pesquisa foi estruturada em seis seções. A primeira seção traça o percurso teórico utilizado pela autora, abordando a trajetória geral da construção da política de saúde mental e os principais marcos históricos que fizeram

parte do processo de reforma psiquiátrica brasileira e do surgimento dos serviços substitutivos, contextualizando com a temática dos transtornos mentais, as substâncias psicoativas e as abordagens utilizadas nesse campo, com enfoque nas atividades grupais.

Nas seções seguintes, são apresentados os objetivos da pesquisa e os percursos metodológicos utilizados para alcançá-los. Em seguida, são registrados os resultados da pesquisa e a discussão à luz dos depoimentos dos entrevistados, utilizando-se a análise de conteúdo e o referencial teórico.

Por fim, são feitas as considerações finais, que trazem uma discussão mais geral dos resultados, apontando para a necessidade de novos estudos acerca das estratégias terapêuticas adotadas nos serviços de saúde.

2 INTRODUÇÃO

Cada vez mais se verifica a utilização de grupos na assistência dos serviços de saúde. Apesar disso, ainda é uma ferramenta pouco explorada e sistematizada. Muitas vezes, é empregada de diversas maneiras, por exemplo, a utilização do grupo como estratégia de demanda, ou seja, como forma de alocação dos recursos assistenciais para responder ao elevado número de procura por atendimentos; como estratégia de transferência de informações sobre determinados procedimentos e doenças; ou, ainda, como práticas alternativas para a compreensão crítica acerca das condições de vida e saúde dos sujeitos como protagonistas no processo de saúde, apontando para uma ação interdisciplinar dos saberes e práticas profissionais (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Profissionais provenientes de várias áreas do conhecimento empregam recursos da atividade grupal em seus campos de trabalho, dentre elas, as áreas da Saúde, das Ciências Sociais, das Artes, da Psicologia, da Administração, entre outras. São várias as estratégias utilizadas como meio para operacionalizar seus processos de trabalho, incluindo as atividades grupais educativas, terapêuticas e reabilitadoras, em suas práticas, voltadas para a complexidade das necessidades e demandas dos sujeitos que procuram os serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário conhecer quem são esses profissionais que lidam com essas estratégias, o que fazem, por que fazem, como fazem e como funcionam suas práticas. De fato, há uma escassez de elementos indicativos para se conhecer o panorama em que essas atividades se apresentam e também as condições em que se desenvolvem e a sua efetividade (ZIMERMAN, 2000; SOUZA, 2005; MAFFACCIOLLI, 2006).

Sabe-se que, historicamente, o campo da saúde pública passou por importantes transformações no modelo de atenção à saúde, legitimando as ações assistenciais em práticas voltadas para a promoção da saúde articuladas às estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde. Outras transformações também ocorreram no âmbito da saúde mental, configurando-se na reforma psiquiátrica brasileira, que apontou a construção do paradigma psicossocial, impulsionando o delineamento de diferentes práticas e intervenções para o atendimento às pessoas com transtornos mentais. Contudo, as reformulações não

foram somente no âmbito da política ou na reorientação do modelo de atenção, mas também na formação e na prática dos profissionais envolvidos nessa assistência (ALVES, 2006; ANDRADE; BARRETO, 2007).

Na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, desde o início do século XIX, diferentes modelos e abordagens foram elaborados para o tratamento e reabilitação dessa demanda, por constituir uma clientela peculiar, uma vez que difere em suas características pessoais, padrões de consumo, motivações para o uso de droga, realidades psíquicas e perfil socioeconômico e cultural. Diante disso, as atividades grupais têm sido uma das abordagens de intervenção mais adotadas nos serviços de saúde mental que compõem a rede de assistência aos usuários de substâncias psicoativas e, nesse contexto, inserem-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997; TELLES; BUCHELE, 2008).

Com este estudo propõe-se descrever a assistência grupal prestada nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, serviços de referência para o acompanhamento dos transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas.

3 PERCURSO TEÓRICO

3.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A assistência, em termos de saúde pública, sofreu grandes mudanças e reformulações com a promulgação da Constituição de 1988, que legitimou o Sistema Único de Saúde (SUS) e preconizou ideais e práticas de saúde com base na reforma sanitária, movimento de luta que causou mudanças significativas na produção de saúde do Brasil. No campo da saúde mental, com a instituição do SUS, o movimento denominado Reforma Psiquiátrica dá um novo perfil à atenção em saúde mental, que até então era baseada numa assistência psiquiátrica hospitalar (hospícios, asilos), direcionando as ações para a substituição dessas instituições e transformações das práticas e saberes na área de saúde mental, com base nas diretrizes de garantia e restauração dos direitos e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (ALVES, 2006; GONÇALVES, 2008).

Foi com o movimento social de Reforma Psiquiátrica compreendida como um “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (MELLO; MELLO; KOHN, 2007, p. 39) que se explicitaram as péssimas condições e precaridade da assistência hospitalar psiquiátrica, acarretando redução do número de leitos psiquiátricos e criação de novos dispositivos alternativos, redirecionando as ações para uma rede de atenção em saúde mental centrada na promoção, prevenção e reabilitação psicossocial (GONÇALVES, 2008).

A partir de 1992, inspirados pelo projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, vários Estados brasileiros conseguem aprovar as primeiras leis que preconizam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos e a criação de dispositivos substitutivos ao modelo asilar. Surgem, no País, as primeiras normas regulamentando a implantação de serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Mas somente em 2001 é regulamentada a Lei nº 10.216, um substitutivo ao projeto de Paulo Delgado, considerada um marco legal que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei vai ao encontro da extinção progressiva dos manicômios

e da garantia dos direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais; além disso, é realizada, nesse mesmo ano, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que assinala a pactuação de diretrizes que reformulam a atenção em saúde mental e passam a compor os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, em consonância com as novas propostas de saúde estabelecidas pelo SUS (ANDRADE; BARRETO, 2007; MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

Nesse sentido, vai se consolidando uma política voltada para a assistência à saúde mental no País, ainda de forma lenta e progressiva. O Ministério da Saúde (MS) inicia o processo de criação de mecanismos para financiamento, gestão, fiscalização e redução programada de leitos psiquiátricos. Nesse processo, amplia-se a rede de assistência em saúde mental, são criados os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência, os ambulatorios de saúde mental, os hospitais gerais, a inclusão da equipes de saúde mental na atenção básica, além dos centros de atenção psicossocial já regulamentados. Nesse momento, surgem outras estratégias do MS, dentre elas, as residências terapêuticas, o programa “De volta para casa”, voltado para a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações; o auxílio-reabilitação psicossocial, contribuindo para o processo de inclusão social, resgate da cidadania, redirecionando as ações para um modelo assistencial de base territorializada e comunitária (BRASIL, 2003; MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

Dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, os CAPS assumiram um papel estratégico, pois se constituíram em dispositivos substitutivos e eficazes na redução das internações psiquiátricas e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS foram criados oficialmente pela Portaria GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992, e são definidos como “[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar” (BRASIL, 1992 p.1168). Atualmente, estão regulamentados, após atualização, pela Portarias GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as diretrizes para funcionamento dos CAPS e modalidades dos serviços e pela Portaria GM/ MS nº 189, de 20 de março de 2002, que determina os procedimentos para cadastro e financiamento dos CAPS, no MS (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d).

Segundo Mello, Mello e Kohn (2007, p.59), os CAPS são

[...] serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

E sua função é

[...] prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (p. 59).

A partir da regulamentação dessas Portarias, os CAPS passaram a ser categorizados por porte e clientela, como modalidades de serviços CAPS I (atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes), CAPS II (atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes), CAPS III (atendimento em municípios com população superior a 200 mil habitantes), CAPS i II (atendimento a crianças e adolescentes para uma população de 200 mil habitantes ou a definir pelo gestor local) e CAPSad II (atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população acima de 70 mil habitantes) (BRASIL, 2004d; MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial II - Álcool e drogas (CAPSad) foram criados em 2002 e, desde então, têm sido regular e progressivamente consolidados e expandidos pelos Estados brasileiros. Em todo o País, em 2007, eram 1.123 CAPS existentes (BRASIL, 2007), em dezembro de 2008 eram 1.326 CAPS, destes 186 representam os CAPSad, implantados em todas as regiões do Brasil, conforme relatório da rede CAPS 2008 (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, os CAPSad representam, hoje, um grande avanço para a rede de atenção em saúde mental, pois incluem, em suas ações e serviços, estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, envolvendo todos os níveis de atenção à

saúde, articulado às demais políticas públicas, constituindo-se num espaço de referência, elemento norteador da rede de serviços substitutivos e porta de entrada aos usuários de álcool e outras drogas (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2007; 2008).

3.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS NO PANORAMA SOCIAL

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento, os transtornos mentais se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de alguma disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química, ou seja, são alterações do modo de pensar e/ou humor associados a uma angústia expressiva que produzem prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Os transtornos mentais geram um alto custo social e econômico para a sociedade, pois causam limitações e incapacidades graves e, muitas vezes, definitivas que comprometem a vida social e produtiva do indivíduo. São universais, pois acometem homens e mulheres de todas as idades.

Observam-se transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Eles estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001, p.19).

Mas o ônus dos transtornos mentais foi subestimado durante muito tempo devido à forma de avaliação do impacto utilizar apenas medidas de mortalidade que, muitas vezes, são baixas, não considerando as medidas de incapacidades geradas na vida das pessoas. Só em 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença, é que os distúrbios psiquiátricos foram reconhecidos como um sério problema para a saúde pública. Nesse estudo, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco

delas estavam associadas aos transtornos mentais. Dentre essas causas, estavam a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%) (LOPEZ; MURRAY, 1998).

O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que os transtornos psiquiátricos correspondem a 12% da carga mundial de doenças e 1% da mortalidade. Menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental, mais de 40% dos países carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera. Sabe-se, ainda, que a maioria dos transtornos são tratáveis e evitáveis, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001).

No Brasil, dados do MS apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo, seja eventual. O índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%. A maioria das pessoas com algum transtorno mental não busca atendimento psiquiátrico por razões que estão ligadas, muitas vezes, ao estigma e desconhecimento da doença, ao preconceito, à falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, à falta de serviços adequados para atendimento psiquiátrico, ao medo, entre outros (BRASIL, 2007a; MARI et al., 2007).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil revelam altos índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira, principalmente quando comparado com países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (SANTOS; SIQUEIRA, *no prelo*). No estudo de Almeida Filho, realizado em três grandes centros urbanos brasileiros – Brasília, Porto Alegre e São Paulo – foram encontrados índices de prevalência entre 30% e 50% para toda a vida, enquanto os índices no ano variaram entre 19% e 34%. Os transtornos da ansiedade, estados fóbicos, depressivos e o uso de substâncias psicoativas apareceram entre as quatro

primeiras colocações por diagnósticos específicos. A distribuição da prevalência, de acordo com o gênero, revelou que os transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas, principalmente o alcoolismo, constituíram-se como os principais problemas referentes à saúde mental no grupo masculino, enquanto, nas mulheres, esses problemas estavam mais associados aos transtornos da ansiedade e do humor (ALMEIDA FILHO et al., 1992). Outros estudos também comprovam tais evidências. As pesquisas de De Lima e outros (1999), de Andrade e outros (2008) identificaram que a ingestão de álcool e outras drogas em nível de risco tem sido muito frequente no gênero masculino, quando comparados com o feminino. Geralmente, quando se fala de prevalência geral dos transtornos mentais, observa-se que essa prevalência é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino, contudo as diferenças existentes são explicadas pela distribuição diferencial dos transtornos específicos.

A ocorrência dos distúrbios psiquiátricos tem sido associada, principalmente, às condições sociais e de vida da sociedade. Vários fatores são apontados como determinantes desses distúrbios, que não estão isolados, mas resultam de uma interação complexa. Por muitos anos, estudiosos discutiram sobre a importância e influência dos fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento de transtornos mentais e de comportamento (SANTOS; SIQUEIRA, *no prelo*).

A ciência moderna tem mostrado que a exposição a alguns estressores, as mudanças na função cerebral ou, ainda, o descobrimento de genes aumentariam o risco da ocorrência de transtornos mentais, e isso traz novos e importantes vislumbres para os estudos nessa área. Além disso, a Genética, a Sociologia, a Psicologia, a Neurociência, entre outras ciências, têm desempenhado um relevante papel na compreensão dessas relações complexas que levam a entender como se dá o desenvolvimento desses transtornos.

Também outros fatores sociais, psicológicos e econômicos têm determinado a prevalência, o início, o desenvolvimento e a evolução dos transtornos mentais. A pobreza e as condições associadas, como o desemprego, baixo nível de escolaridade, condições precárias de habitação, falta de acesso aos bens de consumo têm sido atribuídas como determinantes para o aparecimento de distúrbios

psiquiátricos na população. Fatores, como a idade, o sexo, as relações, a estrutura familiar, o estresse cotidiano, o divórcio, a violência, os conflitos, as guerras, as doenças físicas graves, as más condições de trabalho e a ocorrência de alguns eventos vitais (mudanças identificáveis no padrão de vida que rompem com o comportamento usual e afetam o bem-estar da pessoa como a perda de um ente querido, um assalto, um acidente, uma separação conjugal), entre outros, têm contribuído para o aumento da prevalência dos transtornos mentais na vida das pessoas (LOPEZ; MURRAY, 1998; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001; MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

3.3 OS TRANSTORNOS RELACIONADOS COM AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE COLETIVA

O problema do uso indevido de drogas tem sido um desafio a ser enfrentado na atualidade para a saúde pública. Estudos da OMS indicam que 10% da população urbana consomem substâncias psicoativas e que o álcool e o fumo representam as substâncias de maior consumo no mundo e repercutem seriamente na saúde pública (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001).

No Brasil, vários levantamentos, quanto ao uso de drogas psicotrópicas, têm sido realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) indicando que o consumo vem aumentando rápido e intensamente. O I levantamento foi realizado em 2001, em 107 cidades do País, com uma população de 12 a 65 anos, apontando que 68,7% já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida; 41,15% de tabaco; 6,9% usaram maconha; 5,8% solventes, dentre outras drogas, e 11,2% da população já apresentava dependência ao álcool (CARLINI et al., 2002). O II levantamento foi realizado em 2005, envolvendo as 108 maiores cidades do País. Suas taxas superiores foram superiores às encontradas no I levantamento. O uso de álcool alguma vez na vida foi detectado em 75% da população e a dependência de álcool em 12,3%. O estudo indicou ainda um aumento do consumo em faixas etárias mais jovens. Na Região Sudeste, foram identificadas as principais drogas que levam à dependência. Dentre elas, o álcool (12,7%), o tabaco (10,4%), a maconha (1,5%),

os benzodiazepínicos (0,8%), os solventes (0,3%) e os estimulantes (0,1%). Nesse estudo, foram incluídos os municípios de Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória no Estado do Espírito Santo e neles foram obtidas as seguintes prevalências: para a dependência de álcool (12,7%), de tabaco (10,4%), de maconha (1,5%), de benzodiazepínicos (0,8%), de solventes (0,3%) e de estimulantes (0,1%) (BRASIL, 2006b).

Outra importante pesquisa foi o I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, que investigou os padrões de consumo de álcool na população brasileira, realizado em 2006, pela SENAD, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). Em 143 municípios, apontou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez no ano (BRASIL, 2007b). O V Levantamento Nacional realizado em 2004, nas 27 capitais brasileiras, com estudantes de ensino fundamental e médio, apontou que 65,2% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, 11,7% faziam uso frequente, sendo o primeiro uso por volta dos 12 anos de idade (CARLINI, 2008).

O MS estima que mais de 6% da população brasileira apresenta transtornos psiquiátricos decorrentes do uso e abuso de álcool e de outras drogas (MORAES et al., 2008). Além disso, o Relatório Mundial Sobre Drogas das Nações Unidas de 2008 aponta que o consumo, o mercado e o tráfico de drogas têm crescido no Brasil, destacando um aumento no consumo de maconha (2,6%), opiáceos (0,5%), cocaína e anfetaminas (0,7%) (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2008). Sabe-se, ainda, que o uso de drogas psicotrópicas assume um papel de destaque no cenário dos acidentes de trânsito, da violência urbana, da violência doméstica e nas relações familiares, trazendo repercussões na saúde da população brasileira, sérios custos sociais e gastos aos cofres públicos (NOTO; GALDURÓZ, 1999; MELONI; LARANJEIRA, 2004). No Espírito Santo, segundo dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental, o número de internações por múltiplas drogas tem crescido nos últimos sete anos. São consumidores de *crack*, cocaína, maconha, solventes, tabaco e álcool, a maioria jovens de 20 a 24 anos de todas as classes sociais. Dos 78 municípios, cerca de 36 já apresentam registros de internações por múltiplas drogas, dentre eles, os municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Vila Velha,

Vitória, Cariacica e Serra ganham destaque com o aumento das internações por uso de drogas. Apesar disso, a rede ainda é muito frágil e não está estruturada para atender a essa demanda. O Espírito Santo conta com apenas três CAPSad nos municípios da Serra, Vila Velha e Vitória. Até o final de 2009, a Secretaria Estadual de Saúde pretende ampliar o atendimento, construindo mais dois CAPSad em Cachoeiro de Itapemirim e São Mateus. O Estado ainda conta com 37 unidades com equipes de saúde mental, CAPS I, CAPS II, pronto-atendimentos e hospitais-gerais para internação (ESPÍRITO SANTO, 2008; COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DA SESA, 2009).

Sabe-se, historicamente, que a temática relacionada com o álcool e outras drogas não era objeto da saúde pública, estando sob a responsabilidade de outros setores, como a segurança pública, a justiça, a educação e associações religiosas. Em 2002, com a implementação do Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, em consonância com as prerrogativas da III Conferência Nacional de Saúde, é que o MS reconhece a questão do uso de álcool e drogas como problema de saúde pública, articulado à necessidade de uma política pública específica voltada para essa área, no campo da saúde mental. Nesse contexto, o MS assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, e a política vem com objetivos de criar e ampliar a rede de tratamento, estabelecer estratégias de compreensão do problema, reconhecer a garantia dos direitos e da cidadania dos usuários e dependentes de álcool e outras drogas e instituir, como estratégia, uma nova abordagem de redução de danos como forma de minimizar as consequências adversas associadas ao consumo dessas substâncias (BRASIL, 2001; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002; MELLO; MELLO; KOHN, 2007; TELLES; BUCHELE, 2008; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2008c).

As ações de redução de danos constituem estratégias e medidas em saúde pública para a redução dos efeitos ou danos resultantes do uso abusivo e dependência do álcool e de outras drogas. Muitos países já adotaram essa estratégia em suas políticas de prevenção, entre eles, o Brasil, que enfrentou grandes problemas relacionados com o uso de drogas, como a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no início dos anos 80. Diferente de outras estratégias, como aquelas que visam à interrupção do uso de drogas ou apenas à

abstinência (modelo moral, criminal e de doença), a redução de danos coloca-se como uma alternativa de saúde pública, reconhecendo a abstinência como um resultado positivo, mas também outras formas de redução de danos associados ao consumo, como modo de prevenção à difusão do Human Immunodeficiency Vírus (HIV) e de outras doenças entre os usuários de drogas, incorporando uma diversidade de ofertas e serviços que se efetiva nos Programas e Projetos de Redução de Danos (PRDs), que compõem ações voltadas para a prevenção e minimização dos danos e consequências à saúde, e implementação de práticas coletivas em torno das drogas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; RASCH, 2005; TELLES; BUCHELE, 2008).

Muitos serviços de saúde, dentre eles, aqueles que trabalham com portadores de HIV, usuários de drogas, como os CAPS, pouco a pouco, vêm adotando e aplicando na prática os princípios da redução de danos. No Espírito Santo, com a publicação da Lei estadual nº 6.769, em 25 de setembro de 2001, foram instauradas e legitimadas a instalação e a aplicação dessa estratégia (ESPÍRITO SANTO, 2001).

Dentro dessa perspectiva, muitas são as estratégias e atividades adotadas para se trabalhar a temática do uso e consumo de álcool e outras drogas. No âmbito das abordagens utilizadas estão as intervenções breves, a terapia cognitivo-comportamental, as terapias de grupo, a terapia familiar, o aconselhamento, os grupos de autoajuda, a terapia sistêmica, prevenção da recaída, arteterapia, entre outras (BRASIL, 2001; TUNDIS; COSTA, 2007; DE BON; KESSLER, 2008).

Com a Portaria nº 336/2002, o CAPSad passou a ser o regulador da porta de entrada e referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Do ponto de vista ampliado da saúde pública, as práticas adotadas pelos serviços que compõem a rede assistencial, conforme a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, devem contemplar: assistência no nível primário de saúde; acesso aos medicamentos de uso essencial em saúde mental; atenção comunitária; educação em saúde; integração à comunidade, famílias e usuários; desenvolvimento de recursos humanos; articulação com outros setores; monitoramento da saúde mental comunitária; estabelecimento de programas, políticas e legislação específica; e apoio a pesquisas (ORGANIZAÇÃO PAN-

AMERICANA DE SAÚDE, 2001; BRASIL, 2003). No âmbito dos CAPSads, as práticas são voltadas para atendimentos individuais (consultas, entrevistas, psicoterapias, medicação, orientação) atendimentos em grupo (oficinas terapêuticas, expressivas, grupos terapêuticos, entre outros), atendimento à família, atendimento comunitário e visitas domiciliares, visando à inserção social, ao fortalecimento de vínculos comunitários e familiares, incluídos num programa de reabilitação psicossocial. Tais atendimentos são oferecidos nas modalidades intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento frequente, mas não diário) e não intensivo (acompanhamento numa frequência menor) (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004c).

Numa perspectiva da assistência grupal, a Portaria GM nº 336/2002 regulamenta quais atividades grupais devem ser desenvolvidas nos CAPSads, dentre elas, a psicoterapia de grupo, os grupos operativos, as atividades de suporte social e as oficinas terapêuticas. Mas faltam fundamentos teóricos, meios administrativos reguladores dessas práticas que não estão descritos nos manuais e regulamentações do MS, bem como estudos que avaliem sua eficácia. Na verdade, há pouca exploração do potencial dessa estratégia e falta, na maioria das vezes, uma estruturação adequada ou sistematizada dessas práticas, assim como a incorporação pelos profissionais na rotina dos serviços (SILVA et al., 2003; BRASIL, 2004d; MAFFACCIOLLI, 2006).

3.4 TEORIA GERAL SOBRE GRUPO NA ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

Atualmente, vive-se um processo de grandes mudanças e transformações no modelo de atenção à saúde. A implantação do SUS é um dos resultados dessas transformações. Essa nova política, baseada nos princípios de equidade, universalidade, integralidade e igualdade, tenta reorganizar a atenção básica em saúde no sentido de romper com as práticas individualizantes, curativas e segmentadas das ações terapêuticas, concedendo novos espaços potenciais de saúde.

Na base do processo de construção desses novos espaços, está a promoção de saúde, como uma das estratégias de produção de saúde que vem intensificando

suas ações para a melhoria da qualidade de vida das populações no sentido de capacitar a comunidade para atuar como protagonista, participando no controle de sua qualidade de vida e saúde. A promoção da saúde propõe uma articulação entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde da população. Fundamentada nesse contexto, insere-se a educação em saúde, inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, que se constitui numa ação básica primordial, de grande importância no campo da saúde coletiva, que tem por interesse capacitar indivíduos ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria de suas condições de vida e saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003; BRASIL, 2006a). Segundo Vasconcelos (2007, p.18), “[...] a educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população”.

A educação em saúde se tornou uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades, como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas relacionados com a saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo. Na política de atenção básica, dentro de processo de trabalho das equipes, pode-se constatar que a educação em saúde se efetiva por meio de ações educativas descritas como estratégias que, verdadeiramente, possam “[...] interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” (BRASIL, 2006a, p.18).

As ações educativas são amplamente empregadas na saúde coletiva, principalmente nos programas de saúde desenvolvidos na atenção básica para doenças crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade), grupos de risco (DST e AIDS) de gestantes, de crianças e idosos.

Diversos recursos e estratégias têm sido adotados no campo das ações educativas em saúde, dentre eles, os grupos e os recursos pedagógicos como jogos, teatro, artes, entre outros, que facilitam a produção coletiva do conhecimento, permitindo a

expressividade de questões relacionadas com a realidade das situações de vida dos sujeitos.

Vários estudos apontam a utilização de grupos como estratégias assistenciais de intervenção em saúde, dentro da proposta de educação em saúde. Silva e outros (2003b) colocam que os grupos vêm sendo cada vez mais utilizados como estratégias assistências nos serviços de saúde. São práticas muito valorizadas pelos profissionais. Silva e outros (2003a, p.18) também assinalam que “[...] no cotidiano do trabalho em saúde coletiva a utilização do grupo como estratégia de assistência tem se constituído em uma alternativa para o desenvolvimento de atividades educativas”. Paralelamente, Souza e outros (2005, p. 148) colocam o grupo “[...] como estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias da vida que tem algum impacto na saúde dos indivíduos e de grupos”.

Vale ressaltar que, na promoção da saúde, o trabalho de grupo “[...] possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito” (SOUZA et al., 2005, p. 148), favorecendo a criação de vínculos e espaços de reflexão coletiva com os sujeitos acerca de suas situações de vida. Isso pode ser considerado um verdadeiro embate ao modelo assistencial dominante e uma prática antagônica à sistemática de atendimentos individualizados de queixa-conduta, observada na rotina dos serviços de saúde. Conforme assinala Mello (2002, p. 22),

[...] possibilitar a constituição de espaços coletivos que rompam com o modelo individualista e médico-centrado, já é por si, um grande desafio. Pensá-los como espaços realmente democráticos e de troca, de acolhida, de convívio social, de aprendizagem, de disputas, de decisão e de formação de vínculos é propor que todos sejam chamados a participar e a assumir seu lugar e sua cidadania.

Dentro desse processo, estão os profissionais que coordenam e conduzem esses grupos. A maneira como eles entendem o processo grupal, seu funcionamento, estrutura, organização e embasamento teórico-metodológico influi na sua assistência e nas suas práticas. É necessário entender que tipo de abordagem ou assistência esses profissionais utilizam, quais profissionais estão envolvidos no fazer e no pensar essas práticas, se estão preparados para assumirem essas atividades e

como elas estão sendo empreendidas em relação às estruturas disponíveis e aos modos de aplicação. Poucos estudos abordam temas relacionados com uma avaliação crítica do uso e modos de intervenção com grupos no processo saúde/doença. É a compreensão desse dilema, o conhecimento que o profissional tem do processo grupal, que irá influenciar no modo de intervir no trabalho com grupos (MAXIMINO, 2001; MAFFACCIOLLI, 2006; TUNDIS; COSTA, 2007).

O trabalho em grupo constitui-se numa ferramenta importante para a conscientização crítica e reflexão dos indivíduos acerca de sua situação de vida e saúde e, portanto, para a efetivação das ações da política de promoção da saúde. Nesse sentido, os grupos têm sido utilizados como estratégias preciosas, facilitadoras e até mesmo imprescindíveis para o alcance das ações de interesse da atenção em saúde mental e, principalmente, no atendimento aos usuários e dependentes de drogas, já que o grupo sempre foi um recurso muito utilizado pela Psiquiatria. O trabalho grupal, que não se restringe apenas à dimensão cognitiva, mas envolve a experiência, reflexão e mudanças de postura no cotidiano, pode facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, apontando para uma estratégia de enfrentamento dos conflitos e problemas, tática facilitadora da expressão, das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida e do enfrentamento a algum impacto da saúde de indivíduos e grupos. Além disso, as atividades grupais constituem práticas inclusivas, capazes de vincular os usuários aos serviços e de reformular o modelo assistencial vigente (SOUZA, 2005).

No campo da saúde, as atividades de grupo foram influenciadas por contribuições provindas da teoria psicanalítica e das ciências sociais, por meio dos ramos da Sociologia, Antropologia Social e Psicologia Social, principalmente a partir de 1905. Teve suas bases empíricas com J. Pratt, nos Estados Unidos, em uma enfermaria com pacientes internados tuberculosos, que criou o método de tratamento em massa, aula ou terapia coletiva. Em 1935, já eram aplicadas técnicas grupais com os alcoólicos anônimos. Desde então, uma série de estudiosos vem construindo formulações e práticas que amparam muitos trabalhos atualmente desenvolvidos com grupos, que se baseiam em várias vertentes. Dentre elas, pode-se destacar: a psicodramática (Jacob Moreno), a gestáltica (Kurt Lewin), a filosófica (J. P. Satre), a

operativa (Pichón-Riviére), a institucional (Elliot Jacques), a comunitária (Maxwell Jones), a comunicacional (D. Liberman), a sistêmica (Ludwig Bertalanffi), a cognitivo-comportamentalista (Aaron T. Beck), a psicanalítica (Freud, Foulkes, Bion, Anzler, Kaes), entre muitas outras. Na literatura, encontram-se diversas modalidades e aplicações da psicoterapia de grupo (ZIMERMAN, 2000; BECHELLI; SANTOS, 2004; MAFFACCIOLLI, 2006; CÉSAR, 2008).

Interessa, neste trabalho, focalizar algumas noções básicas sobre grupo, dando enfoque às suas origens e características e à sua utilização no campo da saúde mental.

O estudo dos grupos é resultado da convergência de contribuições provindas de diversas áreas de pesquisa, dentre elas, a Psicanálise, a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia Social, as Ciências Sociais, dentre outras. No âmbito da saúde mental, a teoria sobre grupos tem suas origens na psicoterapia grupal, que consiste na utilização de meios psicológicos para atingir objetivos terapêuticos em pacientes com transtornos psíquicos, físicos ou sociais. Segundo Zimmerman (1997, p. 78), os grupos psicoterápicos ou terapêuticos são "[...] formas de psicoterapia que se destinam prioritariamente, à aquisição de *insights*, notadamente, dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal", que seriam as chamadas grupoterapias, com abordagens diversas, como a psicanalítica, a teoria sistêmica, a abordagem cognitivo-comportamental, a psicodramática, entre outras.

Na história e origem das grupoterapias, há que se considerar dois períodos: o período de configuração e desenvolvimento dessa prática (1907 a 1950), ainda de forma empírica, e o período de expansão, consolidação e amadurecimento (1951 a 2000) de maneira mais sistematizada e científica, que recebeu contribuições de diversos autores, conforme Figura 1 (BECHELLI; SANTOS, 2004).

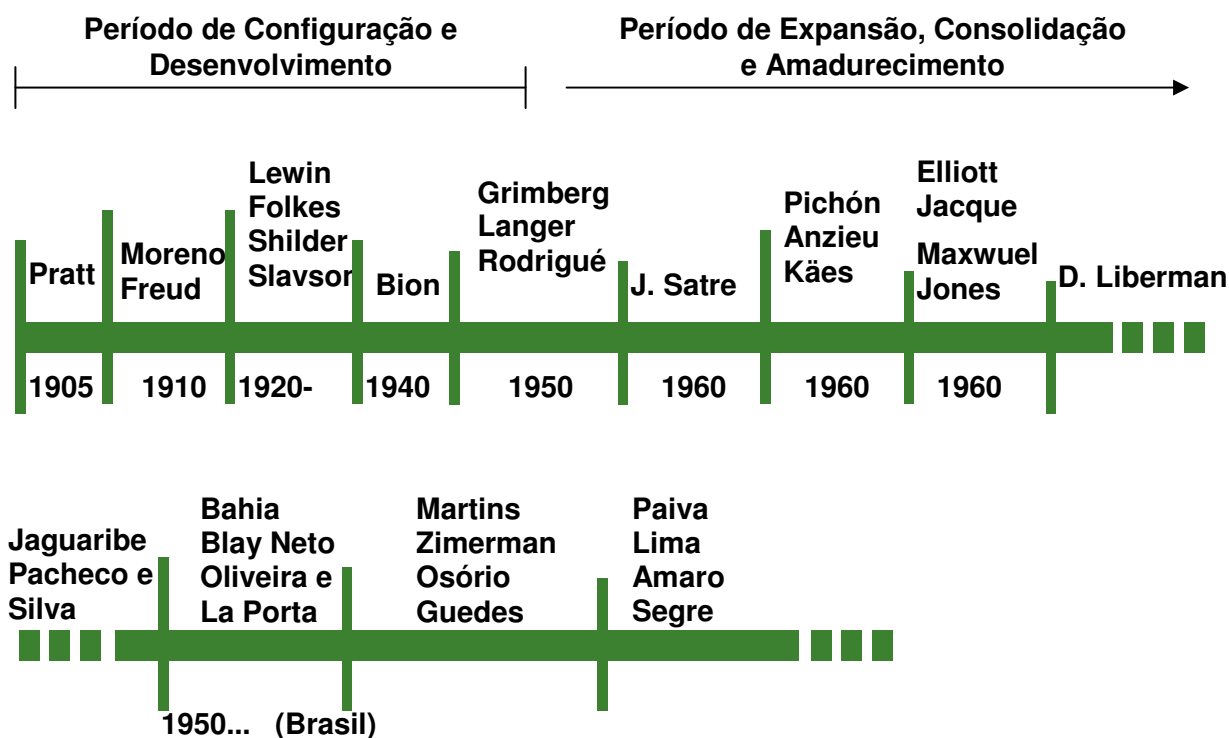


Figura 1 – Evolução Histórica da Teoria Sobre Grupos

A história da psicoterapia de grupo tem início com as investigações de Joseph H. Pratt, que, em 1905, funda uma clínica de controle do pensamento para pacientes com tuberculose, num hospital geral nos Estados Unidos, acreditando que o tratamento em grupo de pessoas com uma mesma problemática em comum poderia ajudá-los em sua recuperação. Adotou o “*método das classes*”, que consistia em reunir os pacientes em grupo e ministrar aulas acerca da doença e das medidas de higiene necessárias à sua recuperação, dando oportunidades para que formulassem perguntas acerca do tema e livre discussão. Iniciou seu trabalho com pacientes tuberculosos e, mais tarde, estendeu aos pacientes diabéticos e cardíacos. Em 1930, esse método já era aplicado em pacientes psiquiátricos. Ainda que de forma empírica e intuitiva, Pratt se baseava no que os fatores emocionais desempenhavam na recuperação das enfermidades (CAPPON, 1978; ZIMERMAN, 2000; BECHELI; SANTOS, 2004). Após ele, vários médicos aplicaram seu método no tratamento de diversas enfermidades. A exemplo disso, tem-se Emerson, que aplicou seu método em pacientes desnutridos; Buck, com hipertensos; Lazell, Marsh, Snowden, entre outros que, em suas experiências com pacientes psiquiátricos, acreditavam nos benefícios que o método de classes trazia quando os pacientes compartilhavam suas enfermidades e problemas com pessoas nas mesmas condições. Até aqui, o

trabalho com grupos tinha um enfoque mais didático e repressivo, com o objetivo na recuperação da doença e diminuição do asilamento dos pacientes (CAPPON, 1978).

Na segunda metade dos anos 20, Metzl desenvolve um método de aconselhamento em grupo de alcoólatras, precursor dos alcoólicos anônimos. No final da década de 20, surgem as primeiras tentativas do emprego de conceitos psicanalíticos na psicoterapia de grupo com Trigant Burrow que, inspirado nas ideias de Freud, acreditava que os problemas individuais eram sintomas dos problemas sociais, aplicando essas concepções no trabalho com grupos, adotou, pela primeira vez, o termo *análise de grupo*. Em 1930, Louis Wender, baseado nas ideias de Burrow, utiliza a terapia de grupo orientada psicanaliticamente em pacientes no ambiente hospitalar.

A partir da década de 30, surgem outros autores que empregam a teoria psicanalítica na psicoterapia de grupo. Dentre eles, Schilder e Slavson, psicanalistas que começaram a praticar “[...] uma forma de psicoterapia psicanalítica num enquadre grupal, no qual a ênfase interpretativa incidia sobre o *indivíduo* no grupo, e não na *totalidade* do grupo, como anos mais tarde passou a ser preconizado” (ZIMERMAN, 2000, p. 73).

Ao mesmo tempo em que esses médicos desenvolviam suas atividades na América, Jacob Levy Moreno, do outro lado do Atlântico, começava a lançar suas sementes da psicoterapia de grupo e do psicodrama. Entre 1910 e 1914, Moreno, médico romeno, formou grupos com crianças e adultos nas ruas e praças de Viena e improvisou representações nesses locais, desenvolvendo grupos de discussão e de autoajuda, fundando, em 1921, o teatro da improvisação com um grupo de atores e, posteriormente, adota as ideias do sociodrama e do psicodrama. Em 1925, vai para os Estados Unidos, onde desenvolve e sistematiza suas descobertas. Em 1932, cria o termo *psicoterapia de grupo* (GARCIA, 1989; BECHELI; SANTOS, 2004).

Em 1933, Lewin, psicólogo alemão, muda-se para os Estados Unidos e desenvolve estudos experimentais sobre o relacionamento humano, introduzindo o termo *dinâmica de grupo*, empregando as ideias de campo grupal como um campo dinâmico de forças. Na década de 40, outras contribuições aplicadas aos princípios da psicanálise foram importantes. Wilfred R. Bion, psicanalista, influenciado pelas

ideias de Melaine Klein, partindo de suas experiências com grupos em hospital militar durante a II Guerra Mundial, difunde conceitos acerca da dinâmica grupal. Traz conceituações sobre a mentalidade grupal, cultura de grupo, valência, cooperação, grupo de trabalho, grupo de pressupostos básicos, entre outras. Foulkes, em 1948, inicia a prática da psicoterapia psicanalítica de grupo, descrevendo o grupo como uma totalidade, diferente da soma dos indivíduos. Mas considera-se que foi S. H. Foulkes quem inaugurou a psicoterapia psicanalítica de grupo, com enfoque mais gestáltico, em 1948. Foulkes trouxe importantes contribuições para a psicoterapia de grupo, ao idealizar concepções acerca da rede de comunicações (conjunto das relações estabelecidas em um grupo natural, que influencia a vida das pessoas), considerando o grupo como um instrumento para tratar as redes de relação de cada paciente (CAPPON, 1978; ZIMERMAN, 2000).

O período de 1951 a 2000 torna-se um momento de expansão (nas décadas de 50 e 60), consolidação (década de 70) e amadurecimento (nas décadas de 80 e 90) da psicoterapia de grupo. Por ocasião da II Guerra Mundial, houve grande expansão da psicoterapia de grupo que passou a ser considerada como importante recurso terapêutico, e os estudos acerca da dinâmica do grupo adquiriram grande importância. Nesse sentido, dezenas de trabalhos foram desenvolvidos e publicados relatando resultados de diferentes aplicações da psicoterapia de grupo (BECHELI; SANTOS, 2004).

Em 1950, L. Grimberg, M. Langer e E. Rodrigué, psicanalistas argentinos, trazem propostas teóricas numa tentativa significativa de rever conceitos já formulados, dando enfoque ao grupo de forma bem distinta das anteriores. Na década de 60, Didier Anzieu e René Kâes, psicanalistas da escola francesa, apresentam conceitos sobre a dinâmica dos grupos como a *“ilusão grupal”* e o *“aparelho psíquico grupal”*. A partir da década de 60, vários estudos foram importantes para a consolidação e amadurecimento da psicoterapia de grupo, dentre eles: J. Sartre, numa vertente filosófico-existencial, que traz conceitos acerca do processo de formação dos grupos, em especial a formação da *“totalidade grupal”*; Pichón-Riviére, psicanalista argentino, com suas ideias sobre os grupos operativos, um modo de operar em grupos; Elliot Jacques, psicanalista inglês, que atuou com grupos nas organizações institucionais, formulando diversas concepções acerca desses grupos; D. Liberman,

psicanalista argentino, que estudou os diferentes estilos linguísticos que permeiam as inter-relações humanas; entre muitos outros.

No Brasil, a psicoterapia de grupo atingiu seu auge a partir da década de 50. Mas, antes disso, o médico Domingos Jaguaribe (1912) e o professor Antonio Carlos Pacheco e Silva (1946) já utilizavam a hipnose em grupo de forma complementar ao tratamento de alcoolistas. Entretanto, foi durante a II Guerra Mundial, em razão da grande demanda de pacientes e das limitações das equipes hospitalares, que o tratamento grupal ganhou mais destaque em todo o mundo e no Brasil, tornando-se objeto de importantes pesquisas, tendo-se destacado os trabalhos de Foulkes e Bion, como referenciais para o desenvolvimento da psicoterapia de grupo no Brasil. A partir de então, diversos brasileiros se destacaram no estudo da psicoterapia de grupo, dentre eles: Alcion B. Bahia, no Rio de Janeiro, em 1951, realiza experiências com grupos, no Serviço Nacional de Doenças Mentais, seguindo as bases teóricas psicanalíticas, chegando, em 1954, a publicar sua "Experiência Psicanalítica em Terapia de Grupo", na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal; nesse mesmo ano, em São Paulo, Bernardo Blay Neto desenvolve técnicas grupais de teor psicodramático, com doentes mentais internados no Hospital J. Franco da Rocha (Juqueri); ainda no Rio de Janeiro, Walderedo Ismael de Oliveira e Ernesto La Porta (1958) fundam a Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo; em Porto Alegre, Cyro Martins, Paulo Guedes e David Zimmerman (1954) descrevem algumas técnicas de grupo, destacando Zimmerman, que inicia o estudo de sua tese de doutorado, "As Técnicas Grupais", especializando-se, definitivamente, como terapeuta de grupo; Luis Miller de Paiva e Oscar Resende de Lima (1953), em São Paulo, introduziram e orientaram a técnica da psicoterapia de grupo e em 1961, fundaram a Sociedade Paulista de Psicologia e Psicoterapia de Grupo e, em 1965, junto com Jorge Ferreira Amaro, David Segre e Luiz Manoel, criaram o Serviço de Psicoterapia no Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo; entre muitos outros.

Em face ao exposto, pode-se destacar que, tanto no Brasil como em todo o mundo, inúmeros estudiosos trouxeram diferentes concepções acerca da psicoterapia de grupo, provindas de diversas vertentes e referenciais teóricos que são, atualmente, muito utilizados na assistência grupal evidenciada em todas as áreas do

conhecimento, principalmente, na área da saúde. Para tanto, interessa, neste estudo, descrever as principais concepções e referenciais existentes, assim como as principais vertentes que trouxeram grandes contribuições para a assistência grupal no campo da saúde mental, especificamente, na assistência aos usuários de substâncias psicoativas.

3.4.1 Concepções e Referenciais de Grupo

Desde o nascimento, o ser humano participa de diferentes grupos. Como assinala Zimerman (2000, p. 82):

O ser humano é gregário, e só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde seu nascimento, ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Como diz Osório (2000), a interação entre os membros de um grupo é o fenômeno que centraliza a atividade de qualquer agrupamento humano. Os seres humanos nascem e pertencem a um primeiro grupo que é a família nuclear; depois, passam a estabelecer outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros.

É importante fazer a distinção entre grupo e agrupamento. Para ser considerado um grupo, é preciso que exista entre as pessoas uma interação social e algum tipo de vínculo, “[...] pode-se dizer que a passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo, consiste na transformação de ‘interesses comuns’ para a de ‘interesses em comum’” (ZIMERMAN, 1997, p. 28).

Existem várias concepções e referenciais teóricos de grupo. Abaixo são descritas as principais abordagens e vertentes que trouxeram grandes contribuições para o estudo das atividades grupais com enfoque terapêutico, principalmente aquelas que embasam as abordagens do tratamento com usuários de substâncias psicoativas.

- Vertente psicanalítica

Freud, por quem começa qualquer vertente psicanalítica, “[...] construiu o sólido edifício teórico-técnico (descoberta do inconsciente dinâmico, ansiedades, regressão, complexo de Édipo, formação do Superego, etc.) que se constituiu como

alicerce básico da dinâmica grupal” (ZIMERMAN, 2000, p. 71). Trouxe muitas contribuições para a Psicologia dos grupos humanos, apesar de ele nunca ter praticado e recomendado o trabalho com grupos. O seu trabalho “*Psicologia das massas e análise do ego*” (1921) é considerado

[...] o mais importante para o entendimento da psicodinâmica dos grupos, e nele Freud traz as seguintes contribuições teóricas: uma revisão sobre a psicologia das multidões; os grandes grupos artificiais (igreja e exército); os processos identificatórios (projetivos e introjetivos) que vinculam as pessoas e os grupos; as lideranças e as forças que influem na coesão e na desagregação dos grupos (ZIMERMAN, 1997, p. 24).

As concepções de Freud, em relação à influência dos grupos na formação da personalidade dos indivíduos, a começar pelo grupo familiar, são alguns pressupostos adotados por diversos teóricos que estudam grupos nas práticas assistenciais. Suas contribuições teóricas relacionadas com o processo grupal são amplamente utilizadas por muitos profissionais que lidam com grupos.

A corrente psicanalítica abriga muitas escolas: “[...] freudiana, teórico das relações objetais (inspirado principalmente em M. Klein, Bion e Winnicott), psicologia do ego (Hartmann, M. Mahler, etc, psicologia do *self* (Kohut), estruturalista (Lacan, entre outros)” (ZIMERMAN, 1997, p. 79). De modo geral, há inúmeros psicanalistas pertencentes a diferentes escolas e gerações, mas há aqueles que parecem ter exercido uma forte influência no entendimento da dinâmica de grupo. Dentre eles, pode-se destacar Foulkes, Bion, Didier Anzieu e René Käs.

Foulkes, psicanalista, foi quem inaugurou a psicoterapia psicanalítica de grupo iniciada por Schilder e Slavson na década de 30. É considerado um grande líder mundial no estudo da psicoterapia analítica de grupo. Com um enfoque gestáltico, para Foulkes o “[...] grupo se organiza como uma nova totalidade, diferente das soma dos indivíduos” (ZIMERMAN, 2000, p. 73). Foi fortemente influenciado pelas ideias de Kurt Lewin, principalmente nas suas concepções de que “[...] o ser humano é eminentemente grupal, social, ligado, como um nó, à realidade exterior, de modo que deva ser sempre visto na sua *rede de comunicações*” (ZIMERMAN, 2000, p. 73, grifo do autor). Foi o primeiro a se referir ao grupo como uma rede de comunicações

(CAPPON, 1978). Esse processo de comunicação reflete como o grupo está estruturado e como os papéis assumidos pelos participantes atuam a serviço da manutenção do grupo. A finalidade no desenvolvimento de grupos como rede de comunicações é propiciar condições para que se atinja um nível de comunicação autêntica entre os participantes, atendendo às expectativas do grupo.

As principais contribuições de Foulkes para o estudo dos grupos foram:

- a) grupo como *instrumento terapêutico*;
- b) crença na possibilidade de o grupo promover *mudanças* nas pessoas;
- c) concepção de *matriz grupal*, como fenômeno de experiências de novos processos experimentados no grupo;
- d) processo de *ressonância*, em que um fato trazido por um paciente ressoa nos demais como significativo;
- e) comparação do grupo como uma *sala de espelhos*, em que o contato com os aspectos psicológicos e sociais de cada indivíduo é refletido nos demais membros do grupo.

Outro importante personagem, dentro da vertente psicanalítica, que trouxe grandes contribuições para a compreensão da dinâmica dos grupos, foi Wilfred Ruprecht Bion, psicanalista e psiquiatra inglês, que foi fortemente influenciado pelas ideias de sua analista Melaine Klein. Partindo de suas experiências com grupos de militares na ala de habilitação e reabilitação do Hospital Northfield, durante a I e II Guerra Mundial e, mais tarde, no Instituto Tavistock, em Londres, e em seu próprio consultório, Bion criou e disseminou vários conceitos acerca da dinâmica grupal. Esse autor defende a ideia de que “[...] o homem é um animal de grupo, um animal gregário, de horda. O que quer dizer que fenômenos mentais grupais são inerentes à mente humana” (SILVA, 1989, p. 58).

De acordo com Bion (1975), o trabalho terapêutico em um grupo só ocorre quando os membros do grupo adquirem experiências e conhecimentos sobre fatos que colaboram para o desenvolvimento de um bom espírito de grupo. Mas, para que haja esse espírito, conforme Bion, são necessários alguns requisitos básicos no grupo, a saber: propósito em comum; reconhecimento geral dos limites de cada membro do grupo, a posição e função em relação a grupos maiores; valorização de cada membro por sua participação no grupo; capacidade de enfrentar o

descontentamento dentro de si e possuir formas de trabalhar com ele; distinção entre subgrupos internos e liberdade de locomoção dentro do grupo.

Bion, ao analisar seus grupos, percebeu que eles funcionavam como uma unidade, mesmo os membros não tendo consciência de tal fato. Ele criou algumas expressões para designar esses fenômenos observados acerca do funcionamento da dinâmica grupal, a saber:

- *Mentalidade grupal*: Bion usou esse termo para designar o que ele acreditava ser a “[...] expressão unânime da vontade do grupo, uma expressão de vontade para a qual os indivíduos contribuem anonimamente” (BION, 1975, p.51). Refere-se ao fato de o grupo comportar-se como uma unidade, mesmo quando seus membros não têm consciência disso. “Tem a ver com a atividade mental que ocorre quando os seres humanos se reúnem em grupo” (SILVA, 1989, p. 58).
- *Cultura grupal*: definida como “[...] resultado da inter-relação entre a mentalidade grupal e os desejos do indivíduo” (SILVA, 1989, p. 58).
- *Grupo de trabalho*: “[...] é o grupo que funciona em busca de uma solução harmoniosa, embora trabalhosa, por suas necessidades e objetivos” (SILVA, 1989, p. 59).

Para Bion (1975, p. 131)

Em qualquer grupo podem ser discernidas tendências de atividade mental. Todo grupo, por casual que seja, encontra-se para fazer algo; nesta atividade, de acordo com as capacidades do indivíduo, eles cooperam. A cooperação é voluntária e depende, em certo grau, da habilidade refinada do indivíduo.

O grupo de trabalho está voltado para os “[...] aspectos conscientes de uma determinada tarefa combinada por todos os membros do grupo” (ZIMMERMAN, 2000, p. 75).

- *Suposições básicas*: são “[...] estruturas específicas de forma de funcionamento do grupo adotadas por um grupo numa dada situação, num determinado momento” (SILVA, 1989, p.58). Podem ser chamados de *grupo de supostos básicos* ou *grupo*

de (pré) supostos básicos. Existem três tipos de suposições básicas: dependência, luta-fuga e acasalamento. “A primeira suposição é a de que o grupo se reúne a fim de ser sustentado por um líder de quem depende para nutrição, tanto material quanto espiritual, e proteção” (BION, 1975, p. 134), é a necessidade do grupo de ser representado por um líder. A segunda suposição representa a certeza do grupo como um todo, mesmo inconsciente, de que algo deve ser combatido ou evitado. A terceira suposição alude à crença que o grupo tem, mesmo inconsciente, de que “[...] os problemas e necessidades do grupo, sejam quais forem, serão solucionados no futuro por alguém ou algo que ainda não nasceu. Existe, nesse sentido, uma esperança de tipo messiânico”. Nota-se que as suposições básicas são “[...] estados emocionais que evitam a frustração que está relacionada com o trabalho e o aprendizado dos próprios esforços, sofrimento e contato com a realidade” estabelecidas no campo grupal (SILVA, 1989, p. 59).

-*Valência:* termo extraído da química, que indica a maior ou menor capacidade de cada indivíduo participar das suposições básicas dentro do grupo. Designa a “[...] aptidão de cada indivíduo combinar com os demais, em função dos fatores inconscientes de cada um” (ZIMERMAN, 2000, p. 75).

Bion define grupo como “[...] uma função ou conjunto de funções de um agrupamento de pessoas” (SILVA, 1989, p. 60). Não é função de ninguém separadamente, nem é agrupamento sem funções. Nesse sentido, o grupo é mais que a soma de seus membros. Para Bion, existem características nos indivíduos que só podem ser compreendidas e entendidas dentro de um grupo.

De modo geral, pode-se considerar que Bion trouxe grandes contribuições para o entendimento da dinâmica grupal, principalmente ao empregar terminologias inéditas, produzindo significativas mudanças nas práticas dos grupos terapêuticos.

Ainda dentro da vertente psicanalítica, destacam-se algumas contribuições de Didier Anzieu e René Kâes, franceses, que introduziram importantes conceitos acerca da dinâmica grupal, dentre eles, os conceitos de *ilusão grupal* e de *aparelho psíquico grupal*. O conceito de ilusão grupal se refere à “[...] sensação de que o grupo, por si

só, completará as necessidades de cada um e de todos” (ZIMERMAN, 2000, p. 79), é um estado psíquico ou uma forma inevitável que se observa em todo e qualquer grupo, como se fosse um “sentir-se bem juntos”. Em relação ao aparelho psíquico grupal, Anzieu parte da ideia de que, “[...] em toda situação grupal, seja de grupo de formação, grupo terapêutico ou grupo social, os processos inconscientes são os mesmos. O aparato grupal psíquico existe e está dotado das mesmas instâncias que o individual, mas não dos mesmos princípios de funcionamento” (SALZMAN, 1986, p.127).

Zimerman (2000), ao descrever sobre as técnicas grupais, refere-se a alguns desses fenômenos descritos por Foulkes, Bion, Anzieu e Kâes, ao fazer considerações sobre os requisitos básicos que devem ser considerados para a caracterização de um grupo, a saber:

- a) é necessário considerar que os indivíduos devem estar reunidos em torno de um objetivo ou tarefa em comum;
- b) observar que o tamanho do grupo não pode pôr em risco as formas de comunicação;
- c) é preciso instituir um enquadre grupal (*setting*) definido como a “[...] soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal” (ZIMERMAN, 1997, p. 35). Esse enquadre resulta do estabelecimento das regras, atitudes e combinações, como os objetivos, períodos, local e frequência dos grupos, composição dos grupos (homogêneos, heterogêneos), número de participantes, funcionamento (aberto, fechado) etc.;
- d) é preciso que haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, ou seja, que seja estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes;
- e) é inerente à formação de um grupo a formação de um "campo grupal dinâmico", composto por

[...] por múltiplos fenômenos e elementos do psiquismo e, resulta que todos esses elementos, tanto os intra como os inter-subjetivos, estão articulados entre si, de tal modo que a alteração de cada um deles vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos (ZIMERMAN, 1997, p. 29).

Nesse campo, circulam fenômenos, como os de resistência e contrarresistência, transferência e contratransferência, ansiedades, *actings*, processos identificatórios etc. Zimerman (1997) descreve alguns fenômenos importantes que definem o campo grupal:

- a) a *ressonância*, que é um fenômeno comunicacional, em que a fala trazida por um membro do grupo, vai ressoar em outro, transmitindo um significado afetivo equivalente e, assim, sucessivamente;
- b) o fenômeno do espelho, conhecido como *galeria dos espelhos*, em que cada um pode ser refletido nos e pelos outros, nada mais é do que a questão da identificação, pela qual o indivíduo se reconhece e é reconhecido pelo outro e, assim, vai formando a sua identidade;
- c) a função de "*continente*", ou seja, o grupo coeso exerce a função de ser continente das angústias e necessidades de cada um de seus integrantes.
- d) o fenômeno da *pertencência*, chamado por Zimerman de vínculo do reconhecimento, é

[...] o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele (ZIMERMAN, 1997, p. 39);

- e) a *discriminação*, que é a capacidade de fazer a diferença entre o que pertence ao sujeito e o que é do outro;
- f) a *comunicação*, seja ela verbal, seja não verbal, fenômeno essencial em qualquer grupo onde mensagens são enviadas e recebidas, podendo haver distorção e reações da parte de todos os membros do grupo.

- Vertente Psicodramática

Jacob Levy Moreno é o grande nome dessa vertente. Médico judeu, romeno, criador do sociodrama e do psicodrama. Por volta de 1912, observando crianças brincar livremente nos jardins de Viena, esse jovem estudante de Medicina, apaixonado pelo teatro e pela mística, lançou os fundamentos da sociometria e da teoria da espontaneidade. Moreno cunhou terminologias provindas de sua nova visão dada à

improvisação dramática, a partir do teatro espontâneo, gênero do qual os participantes amadores improvisavam acontecimentos do cotidiano. Pela representação no teatro espontâneo, Moreno percebeu que os indivíduos tomavam consciência de seus conflitos psicológicos, reconhecendo-os e ampliando suas possibilidades de lidar com as dificuldades e situações conflituosas. É nesse contexto que nasce o psicodrama, a psicoterapia de grupo e o sociodrama. O psicodrama é o tratamento do indivíduo e do grupo pela ação dramática, em que o protagonista pode ser o indivíduo ou o próprio grupo. A psicoterapia de grupo enfatiza o tratamento das inter-relações estabelecidas na dinâmica grupal. No sociodrama, o protagonista é sempre o grupo e as pessoas estão reunidas enquanto mantêm alguma tarefa ou objetivo em comum (GARCIA, 1989; OSÓRIO, 2000).

Moreno retoma, a partir do teatro espontâneo, o conceito de catarse, já utilizado por Aristóteles, “[...] quanto aos efeitos do drama no público, emoções que surgem da participação ativa (identificação) na ação dramática” (GARCIA, 1989, p. 204). No teatro clássico, o público, ao se identificar com o representado pelos autores, consegue uma catarse. No psicodrama, além de o público se mobilizar (no caso o grupo), o protagonista também consegue essa catarse, por representar seu próprio drama, contudo isso só acontece se houver uma verdadeira espontaneidade e criatividade, pois, do contrário, “[...] é uma mera repetição que não trará nada de novo nem aos protagonistas nem ao público” (GARCIA, 1989, p. 205).

Para Moreno (2002), o psicodrama traz consigo pontos básicos para sua teorização, dentre eles, a teoria da espontaneidade-criatividade, a teoria dos papéis e a psicoterapia grupal, além de outros, tais como:

- a) *telê*: capacidade de se perceber, de forma objetiva, o que ocorre nas situações e o que se passa entre as pessoas;
- b) *empatia*: tendência para se sentir o que se sentiria, caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas pela outra pessoa;
- c) *coinconsciente*: vivências, sentimentos, desejos e até fantasias comuns a duas ou mais pessoas e que se dão em "estado inconsciente";
- d) *matriz de identidade*: lugar do nascimento. É o ponto de partida para o processo de definição como indivíduo. É o conjunto de fatores materiais, sociais e

psicológicos que envolvem o ser humano desde o nascimento o envolvendo num processo até que ele seja capaz de reconhecer a si semelhante aos demais e como ser único, recebendo a herança cultural que o prepara para a sociedade. É formada pelas etapas de indiferenciação ou fase do duplo (identidade do Eu=Tu); fase do espelho (reconhecimento do Tu); fase de inversão dos papéis (colocar-se no lugar do outro);

- e) a *teoria da espontaneidade* “[...] está ligada dialeticamente à criatividade, compreende uma fenomenologia, uma metapsicologia, uma psicotécnica, uma psicopatologia e uma psicologia genética” (GARCIA, 1989, p. 205). Dentre elas, a psicotécnica ou treinamento da espontaneidade e a psicologia genética foram as que Moreno mais desenvolveu. A psicotécnica ou treinamento da espontaneidade trabalha no resgate da espontaneidade perdida pelo homem ao longo da sua existência; a Psicologia Genética, trabalha com a capacidade criadora inata do ser humano (desde criança) que vai se completando com a maturidade e com a ajuda dos outros. A criança, ao longo de sua infância,

[...] à medida que vai vivendo os diversos papéis e em contato com os agentes sociais (família, escola), desenvolve essa capacidade criadora e se atrofia em maior ou menor medida, de acordo com o tipo de relações e na medida em que as ‘tradições culturais’ lhe sejam impostas pelos mais velhos. Esses agentes da sociedade lhe submetem, durante o desenvolvimento, condutas estereotipadas, repetitivas, ritualistas, muitas delas para ela e para os demais vazias de significado, assim como também ajudam o desenvolvimento da espontaneidade (GARCIA, 1989, p. 205).

Moreno, em seus estudos, observou que essas tradições culturais, ou valores e regras sociais, influenciavam na espontaneidade e criatividade das pessoas, por isso percebeu que a maioria delas era despojada dessa espontaneidade. Segundo Moreno, o psicodrama possibilita a recuperação dessa espontaneidade por meio do jogo dramático;

- f) a *teoria dos papéis* criada por Moreno se refere ao “[...] conjunto das posições imaginárias assumidas pelo indivíduo durante sua infância, na relação com os demais” (GARCIA, 1989, p. 207). Essa teoria abrange, em seu conjunto, três tipos de papéis: os papéis psicossomáticos, os papéis psicodramáticos e os papéis sociais. Os papéis psicossomáticos são papéis “emergentes e espontâneos”, que existem desde o nascimento e que se apoiam nas funções

orgânicas inatas, ao mesmo tempo em que exigem a presença de um outro, de um papel complementar, para expressar-se e constituir-se num primeiro vínculo. Os papéis psicodramáticos expressariam as distintas dimensões psicológicas do eu (*self*) e a versatilidade potencial de nossas representações mentais. Já os papéis sociais correspondem às funções sociais assumidas pelo indivíduo e por intermédio dos quais se relaciona com seu ambiente. Em toda essa teoria, tomam-se os papéis como núcleo do desenvolvimento do ego e, à medida que a criança cresce e se diferencia, vai ampliando seu leque de papéis. Alguns papéis ficarão inibidos, necessitando, posteriormente, de serem resgatados, que é a função do psicodrama (MORENO, 2002);

- g) a *psicoterapia grupal*, para Moreno (2002), é como um método para tratar as relações interpessoais e os problemas psíquicos dos indivíduos de um grupo, e todos, nesse grupo, são agentes terapêuticos e também todo o grupo o pode ser em relação a outro grupo. Dentro da psicoterapia de grupo, está o conceito de encontro como “[...] comunicação mútua que não se esgota no intelectual, mas que abrange a totalidade de seu ser. O encontro vive no ‘aqui e agora’. Vai mais além da empatia e da transferência. Forma um ‘nós’ (GARCIA, 1989, p. 208). Moreno resgata o valor das forças imanes ao grupo e, além da comunicação verbal, o contato corporal motor e tátil, detendo-se no papel de psicoterapeuta e psicodramaturgo. Enumera vários métodos a serem utilizados na psicoterapia grupal, dentre eles: método de clube ou associação, de assessoramento, de conferência, de classes, psicanalítico, visuais, discussão livre, sociométricos, de histórias clínicas, da bibliografia, magnetofônico (sessões gravadas), da música e da dança, ocupacionais e laboratoriais, mas o que se destaca é o método psicodramático.

O método psicodramático utiliza a representação dramática como enfoque de abordagem e exploração do ser humano e seus vínculos. “Na cena, o indivíduo pode representar seus conflitos passados e presentes, e também vomitar seus temores, expectativas, projetos e dúvidas sobre o futuro, explorando suas relações com o presente e passado” (GARCIA, 1989, p. 209). O método psicodramático utiliza diferentes técnicas para alcançar o mais alto nível de criatividade e espontaneidade, com a possibilidade de gerar a catarse. No desenvolvimento da ação dramática, três

momentos são importantes: no primeiro momento, prepara-se o clima do grupo, em que os participantes iniciam um aquecimento para começar a fornecer temas, que podem ser momentos vividos ou observados, possibilitando a maior espontaneidade possível, essa é a fase de *aquecimento*; no segundo momento, que é a fase de *representação propriamente dita*, a *cena dramática*; e o terceiro momento é o *compartir*, é quando o grupo participa terapeuticamente, partilhando e compartilhando seus sentimentos e experiências vivenciadas durante a cena, possibilitando uma catarse grupal.

Na cena dramática, Moreno aponta alguns elementos que devem ser destacados: o cenário, que é o espaço onde se desenvolve a cena; o protagonista que pode ser um indivíduo, uma dupla ou um grupo, é aquele que protagoniza seu próprio drama; diretor é o terapeuta do grupo, aquele que guia, que intervém, é quem dirige o grupo ou a cena, orientando ou sugerindo determinados jogos e papéis auxiliando a na espontaneidade; o egoauxiliar, aquele que auxilia o protagonista, “[...] dramatizando papéis que este lhe indique e que necessite para realizar a cena” (GARCIA, 1989, p. 212); o público é o grupo terapêutico que se mobiliza com o que recebe da cena, expressando opiniões e sentimentos, pode ser formado por poucas pessoas ou por grandes grupos (MORENO, 2002).

Existem muitas outras técnicas dramáticas criadas por Moreno, mas aqui foram citadas apenas as mais utilizadas. De modo geral, o psicodrama vem, ao longo de sua história, tornando-se uma prática constante dentro das mais diversas instituições.

- Vertente gestáltica

Foi inspirada em Kurt Lewin, psicólogo alemão, criador do termo “*dinâmica de grupo*”, que trouxe importantes contribuições sobre o grupo como objeto de estudo que influencia até hoje as práticas de muitos daqueles que trabalham com essa abordagem. Partindo da psicologia animal e da teoria da forma (gestalt), formula a teoria do campo psicológico, afirmando que as variações individuais do comportamento humano, com relação à norma, são condicionadas pela tensão entre as percepções que o indivíduo tem de si mesmo e pelo ambiente psicológico em que se insere, o espaço vital. Com isso, suas ideias abriram novos caminhos para o

estudo dos grupos humanos. A teoria de campo, para Lewin (1965), é afirmada como um método capaz de analisar a situação como um todo, ao invés de reduzir um acontecimento a elementos estudados isoladamente. Nesse sentido, Lewin coloca:

[...] o comportamento deve ser derivado de uma totalidade de fatos coexistentes, [...] esses fatos coexistentes têm o caráter de um campo dinâmico, enquanto o estado de qualquer parte desse sistema depende de cada uma das outras partes do campo (LEWIN, 1965, p. 29).

Esse campo é constituído por um espaço de vida, que pode ser a família, a escola, a igreja etc., e inclui a pessoa e seu meio psicológico. No caso dos grupos, o campo envolve a dinâmica produzida nas relações entre seus membros, isto é, o campo é um todo dinâmico que funciona como uma unidade estruturada e não meramente como um conjunto de pessoas e seus meios. Como assinala César (2008, p. 95),

A teoria de campo tem como noção fundamental o conceito de estrutura. Isso porque o campo obedece a leis estruturais que estabelecem as relações funcionais entre suas partes ou entre aspectos desse campo em uma dada situação [...]. O grupo funciona, portanto, como um todo cuja dinâmica é produzida por suas leis estruturais de funcionamento. O grau de unidade desse todo depende diretamente do grau de interdependência das partes que compõem o todo. Para o grupo, podemos dizer que seu grau de unidade depende da interdependência entre seus membros.

Dessa teoria do campo, vêm as principais concepções de Lewin sobre o grupo como um organismo, uma totalidade permeada por equilíbrios e desequilíbrios constantes. “Essa idéia de uma organicidade definirá o grupo como o solo que dá sustentação ao indivíduo. Quanto mais estruturado e equilibrado for o grupo maior o sentimento de segurança de seus membros e maior sua interdependência” (CÉSAR, 2008, p. 95). Lewin introduziu alguns conceitos retirados da *física do campo magnético* para descrever fenômenos da *existencialidade social* do ser humano. Dentre eles, os mais comuns são: coesão, locomoção em direção a objetivos, procura de uniformidade, atração e equilíbrio de forças. A partir desses conceitos, Lewin concebe a ideia de grupo como um todo dinâmico, diferente da soma de seus integrantes.

[...] o grupo é mais que a soma de seus membros ou, mais exatamente, é diferente dela. Tem estrutura própria, objetivos próprios e relações próprias com outros grupos. A essência de um grupo não é a semelhança ou a diferença entre seus membros, mas a sua interdependência. Pode-se caracterizar um grupo como um 'todo dinâmico', isso significa que uma mudança no estado de qualquer subparte modifica o estado de todas as outras subpartes (LEWIN, 1948, p. 100).

A existência de equilíbrios e desequilíbrios nesse campo pressupõe entender a dinamicidade dessa organização e o que sustenta o funcionamento do grupo. Nesse contexto, é pela análise dinâmica do campo psicológico dentro do grupo que Lewin cunha a expressão “*dinâmica de grupo*”, referindo-se ao termo “dinâmico” como “*dynamis*”, palavra grega que significa força, energia, ação. Para Lewin, essa dinâmica ou força corresponde à direção e à intensidade da tendência de mudança de um determinado ponto do campo grupal. Essa força pode ser do tipo impulsora, que aponta para alguma coisa, promovendo mudança; ou do tipo frenadora, que se opõe à força impulsora, formando uma barreira à mudança. Nesse sentido, ao acreditar num jogo de forças capazes de transformar a estrutura do campo grupal, é que Lewin toma o grupo como facilitador da mudança de comportamento (LEWIN, 1965). O campo, a estrutura que esse jogo de forças mantém, pode ser de uma pessoa ou do grupo.

Lewin (1948, p. 57), após muitos experimentos, afirma que “[...] os métodos chamados em geral ‘trabalho de grupo’ permitem atingir de imediato grupos inteiros de indivíduos e, ao mesmo tempo, parecem ser de fato mais eficientes que o tratamento individual, para provocar mudanças profundas”, não somente em alguns comportamentos específicos, mas também culturais. Lewin (1948, p. 62) diz que “[...] uma mudança cultural precisa penetrar mais ou menos em todos os aspectos da vida de uma nação [...] deve ser uma mudança de ‘atmosfera cultural’, não apenas uma mudança de itens isolados”. Mas, para que o grupo funcione como promotor de mudanças de comportamento, “[...] é preciso que o indivíduo se envolva no problema, que se sinta participante ativo no grupo, e que o grupo funcione como grupo solidário, onde os membros têm consciência de a ele pertencer” (CÉSAR, 2008, p. 100).

De modo geral, Lewin trouxe grandes contribuições para entender a dinâmica grupal que são utilizadas até hoje por muitos profissionais no âmbito das práticas grupais.

- Vertente operativa

Em relação aos grupos operativos, sua sistematização foi feita por Pichon Riviére, psicanalista argentino que, em 1957, na sua “Experiência do Rosário”, institui uma nova forma de abordar a coordenação de grupos de trabalho. Suas contribuições para a psicoterapia de grupo tiveram início na década de 30, quando ainda era estudante de Medicina, com suas primeiras investigações sobre o grupo familiar de crianças oligofrênicas. Segundo suas pesquisas, essa oligofrenia seria a carência sofrida na infância, dentro do grupo familiar. Na década de 40, continuando seu estudo sobre grupo familiar, Pichón-Riviére se torna chefe no Serviço de Admissão do Hospício de Las Mercedes. Observando de perto pacientes no momento da internação, percebe que a presença ou a ausência da família é um fator sempre significativo (BERSTEIN, 1989; PICHON-RIVIÉRE, 2005). Ao constatar a influência do grupo familiar, Pichón começa a trabalhar com grupos. Para Pichón, um grupo é um

Conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõem de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso, através de complexos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis (BERSTEIN, 1989, p. 127).

Em 1960, Pichon-Riviére elabora seu Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO), que se refere às teorias, estratégias, técnicas e táticas, conjunto articulado de conhecimentos que permitem abordar distintos objetos particulares e operar no campo, ou seja, é um esquema conceitual, referencial e operativo, que serve, ao mesmo tempo, de instrumento, ou de referência para que o SUJEITO ou o grupo operacionalize sua prática. O conceitual de Pichón-Riviére se refere aos conceitos básicos desenvolvidos em seu esquema (atitude em frente à mudança, didática, vetores do cone invertido, verticalidade e horizontalidade, momentos do grupo, universais e processos de maturação e desenvolvimento) e aos aspectos

motivacionais e emocionais baseados nas experiências cotidianas; o referencial se reporta a “[...] todos os conhecimentos anteriores, todas as experiências e vivências anteriores, com as quais cada SUJEITO aborda a aprendizagem de um objeto de conhecimento” (BERTEIN, 1989, p. 129); e o operativo que está relacionado com a apreensão da realidade, como planejar e abordar o objeto do conhecimento.

Nesse sentido, os grupos operativos significam “[...] uma forma de pensar e operar em grupos, que pode se aplicar à coordenação de diferentes tipos de grupos” (BERSTEIN, 1989, p. 136), e aplicados a diversas áreas, como à didática, à empresa, à terapêutica, à publicidade, à comunidade etc. Pichón-Riviére (2005, p. 280) assinala que o grupo operativo “[...] é universal pelo fato de que sua técnica torna possível a abordagem de qualquer situação, seja de aprendizagem, de cura, de todos os aspectos terapêuticos que possam ocorrer em comunidades”.

Na perspectiva de grupos operativos, dois fatores são fundamentais para o surgimento do grupo: o vínculo e a tarefa, que é a trajetória que o grupo percorre para alcançar seus objetivos. O elemento que reúne e identifica os grupos operativos é o fato de estarem centrados em uma tarefa. “Essa tarefa depende do campo operativo do grupo. Quando se trata de um grupo terapêutico, a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade do grupo, que adquire em cada membro características particulares” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p. 135).

No grupo operativo, existe ainda a tarefa interna, que é o conjunto das operações realizadas pelos membros do grupo; e a tarefa externa, que constitui a razão de ser do grupo, o trabalho produtivo, por exemplo, a aprendizagem, a cura, a tomada de decisão. A tarefa depende do campo operativo. Se for um grupo terapêutico, “[...] a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade do grupo, que adquire em cada membro características particulares. É a cura da enfermidade do grupo”, ou seja, sua tarefa externa seria a cura da enfermidade do grupo (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p.135).

Pichón-Riviére descreve que a dinâmica do grupo opera de várias maneiras, a saber:

a) *resistência à mudança*: todo processo de cura implica mudança, que pode ser positiva ou negativa. A resistência à mudança refere-se à atitude negativa em frente à mudança. Diante da mudança, surgem os medos básicos: o medo da perda ou a ansiedade depressiva (medo de perder o que já se tem) e o medo do ataque ou a ansiedade paranoica (medo do desconhecido, do novo). Essas ansiedades funcionam como obstáculos na aprendizagem. “A técnica dos grupos operativos centra-se na mobilização de estruturas estereotipadas e das dificuldades de aprendizagem e comunicação produzidas pelo montante de ansiedade que provoca mudança” (BERTEIN, 1989, p.110). Com a resolução da tarefa, é possível resolver as situações da ansiedade. O grupo operativo centra-se na tarefa e sua finalidade “[...] é aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades manifestadas no campo grupal” (BERSTEIN, 1989, p. 111).

b) os *papéis: verticalidade e horizontalidade*: a horizontalidade é dada pela história social do indivíduo. No grupo, ela é tomada como denominador comum que unifica os membros do grupo. A verticalidade se refere à historicidade do indivíduo, ou seja, de cada membro do grupo, que permite assumir papéis conferidos pelos demais. “A verticalidade do SUJEITO e a horizontalidade do grupo se conjugam no papel” (BERTEIN, 1989, p. 111) e, nesse sentido, Pichón-Riviére traz que o funcionamento do grupo também se relaciona com a distribuição de papéis, dentre eles: porta-voz (é aquele fala por todo o grupo, aquele que percebe algo no grupo e o expressa como aquele que enuncia ou denuncia o acontecer grupal, por meio dele se manifesta o emergente); bode-expiatório (membro em que se depositam os aspectos negativos do grupo ou da tarefa); líder (membro em que se depositam os aspectos positivos do grupo, ao contrário do bode-expiatório); sabotador (membro do grupo que representa o líder da resistência à mudança, que obstaculiza o andamento da tarefa grupal).

c) noções de *pré-tarefa, tarefa e projeto* (momentos do grupo): por ocasião do firmamento do grupo, Pichón-Riviére (2005) descreve três etapas que se desenvolvem em torno da tarefa: a pré-tarefa, na qual predominam os mecanismos de resistências à mudança, “[...] o que caracteriza esta etapa são as diferentes

formas de não entrar na tarefa, mecanismo de postergação que oculta a dificuldade em tolerar a frustração de iniciar e terminar tarefas” (BERSTEIN, 1989, p. 117); a tarefa é o momento em que as ansiedades e a emergência do grupo são trabalhadas para que a atividade possa ser elaborada, “[...] o momento da tarefa consiste na elaboração de ansiedades e emergência de uma posição depressiva básica na qual se pode abordar o objeto de conhecimento” (BERSTEIN, 1989, p.117); e o projeto, que permite um planejamento para o futuro. É quando o grupo propõe objetivos que vão além do aqui e agora. “O projeto surge quando se consegue uma pertença dos membros; concretiza-se então um planejamento” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p.181).

d) *teoria do vínculo*: é a representação subjetiva que cada um dos membros tem sobre si e sobre os outros, que é construída na interação dos mesmos num tempo e espaço comum. É mútuo porque acontece quando internalizamos o outro e somos internalizados por ele.

e) os *vetores do cone invertido*: constituem uma escala básica de avaliação dos processos de interação grupal para demonstrar a dinâmica entre o implícito (vértice do cone) e o explícito (base do cone). O cone é invertido porque representa que o implícito está por baixo do explícito. “Por dentro do cone circula uma espiral dialética, que representa o processo grupal e que, partindo dos universais localizados nos vértice, vai ampliando-se a cada volta, abarcando diferentes níveis da dinâmica” (BERSTEIN, 1989, p. 122). Os principais vetores que constituem a escala básica de avaliação dos processos de interação grupal são: a *afiliação* e *pertença*, que assinalam o grau (maior ou menor) de identificação com os membros do grupo entre si e com a tarefa. É medida pelo grau de responsabilidade com que é assumida a tarefa; a *cooperação*, “[...] marca a possibilidade de somar esforços através do desenvolvimento de papéis diferenciados e complementares” (BERSTEIN, 1989, p.130) e se expressa pela “[...] maneira como os membros de um grupo, depois de sua pertença, adquirem pela cooperação a mesma direção para sua tarefa” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p.268) e é medida pelo grau de eficácia na participação da tarefa; a *pertinência*, capacidade de centrar-se na tarefa e é medida pelo grau de produtividade no grupo; a *comunicação*, “[...] indaga as diferentes

modalidades de conectar-se, e os curtos-circuitos na interação grupal, que originam os mal-entendidos” (BERSTEIN, 1989, p. 130), assim como a codificação das mensagens, o resultado e a informação; a *aprendizagem* é o somatório de informações que cada membro do grupo leva à tarefa, além disso é a capacidade do grupo e de seus membros desenvolver maneiras alternativas diante das barreiras; *telê*, termo criado por Moreno, consiste “[...] na capacidade ou disposição que cada um de nós tem para trabalhar com outras pessoas, telê positiva e telê negativa, que darão os fatores afetivos e o clima afetivo” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p.270) e se refere ainda a um sentimento de atração (empatia) ou repulsão (antipatia).

A partir desse exposto, Pichón-Riviére (2005, p. 219) coloca que

o grupo, pela pertença, pela cooperação e fundamentalmente pela pertinência, na qual entram em jogo a comunicação, a aprendizagem e a telê, chega a uma *totalização*, no sentido de fazer-se em seu caminhar, em sua tarefa, em seu trabalhar como grupo (grifo do autor).

De modo geral, as ideias do grupo operativo de Pichón-Riviére são muito utilizadas nas práticas grupais, principalmente na área da saúde.

- Vertente cognitivo-comportamental

A abordagem cognitivo-comportamental integra conceitos e técnicas provindos de duas principais abordagens, a cognitiva e a comportamental, que apresentam diversas aplicações nos tratamentos dos transtornos psiquiátricos. Existem inúmeras terapias que têm sido chamadas de cognitivas ou cognitivo-comportamentais, portanto, aqui se destaca a teoria e a terapia dos modelos conceituais desenvolvidos por Aaron T. Beck, psiquiatra norte-americano, conhecido como o pai da terapia cognitiva, que conduziu as bases para o entendimento dessa abordagem, principalmente no tratamento da depressão. Essas terapias foram adaptadas por outros autores para a utilização no tratamento das ansiedades e outros transtornos psiquiátricos e dependência química. Apesar da diversidade dessas terapias, todas compartilham dos mesmos pressupostos teóricos de que a atividade cognitiva influencia o comportamento e essa atividade pode ser modificada e alterada. O comportamento desejado também pode ser influenciado mediante a mudança

cognitiva. O enfoque desta abordagem está nas interconexões entre o que uma pessoa pensa sobre si mesma ou sobre a situação (cognitivo) – e como isso afeta a maneira como ela age (comportamento) (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004; BAHLS; NAVOLAR, 2004).

A terapia cognitiva se baseia “[...] numa compreensiva teoria da personalidade que dá ênfase à importância de crenças e processos de pensamentos na mediação de comportamentos, emoções e respostas fisiológicas” (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 189). O modelo cognitivo está alicerçado na hipótese de que as percepções e interpretações que o indivíduo faz de uma situação ou evento influenciam as emoções e comportamentos, ou seja, a forma como o indivíduo interpreta determinadas situações repercute em suas relações comportamentais, emocionais e motivacionais (OLIVEIRA; JAEGER; SCHREINER, 2003). A abordagem cognitivo-comportamental é uma abordagem de forma estruturada, diretiva, focal e de prazo limitado, que se utiliza de uma variedade de técnicas para o alcance de seus objetivos. Alguns princípios básicos dessa abordagem são: centra-se no presente, ou seja, nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia; é educativa, seu objetivo é ajudar ou ensinar o paciente a aprender novas estratégias de forma a promover a mudança; requer uma aliança terapêutica, ou seja, a metodologia adotada na terapia é de cooperação entre terapeuta e paciente, de forma que as estratégias são traçadas conjuntamente, o paciente tem um papel ativo no processo de tratamento; tem um tempo limitado, é estruturada com objetivos claros e orientadas por técnicas que auxiliam na identificação, avaliação e resposta aos pensamentos e crenças disfuncionais (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004; BAHLS; NAVOLAR, 2004).

No âmbito do uso de substâncias psicoativas, segundo o modelo cognitivo, a forma como o indivíduo interpreta determinadas situações influencia suas relações comportamentais, emocionais e motivacionais para o uso da droga. Dessa maneira, o tratamento da dependência química será baseado na análise e modificação dos pensamentos e das crenças distorcidas que geram os comportamentos e as emoções disfuncionais (OLIVEIRA; JAEGER; SCHREINER, 2003). As técnicas terapêuticas se destinam a “[...] identificar, testar a realidade e corrigir as conceitualizações distorcidas e as crenças disfuncionais” que o usuário tem acerca

da substância (KNAPP, 1997, p. 174). O objetivo do trabalho terapêutico “[...] é a identificação, exame e manejo do significado pessoal que o indivíduo atribui a cada estímulo e o conjunto de crenças e atitudes que este adota para lidar com cada um dos momentos subseqüentes ao estímulo” (KNAPP, 1997, p. 174).

A abordagem básica da terapia cognitivo-comportamental pode ser resumida em ‘reconhecer, evitar e criar habilidades para enfrentar’ as situações que favorecem o uso de drogas. As sessões seguem uma estrutura padronizada e os indivíduos têm papel ativo no tratamento (DE BON; KESSLER, 2008, p. 160).

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química tem os seguintes componentes essenciais: relacionamento terapêutico colaborativo, que se refere ao relacionamento aberto, respeitoso e colaborativo que deve existir entre paciente e terapeuta; conceituação cognitiva do caso, base sobre a qual o terapeuta estabelece as estratégias de tratamento; a estrutura das sessões, que deve ser diretiva, estruturada e focalizada; técnicas cognitivo-comportamentais, que visem à substituição de crenças relacionadas com a droga por crenças de controle e prevenção da recaída.

Após a motivação e implementação de estratégias para cessar o uso da droga, a ênfase se dá na prevenção da recaída, ou seja, evitar que o indivíduo volte ao padrão antigo de consumo. O modelo de prevenção da recaída incorpora aspectos cognitivo-comportamentais e tem como objetivo auxiliar o indivíduo a modificar crenças e expectativas acerca da droga, auxiliar na identificação de situações de risco de recaída, treinar habilidades e ensinar estratégias de enfrentamento, manejo dessas situações e promover modificações no estilo de vida do indivíduo (MARLATT; GORDON, 1993).

De modo geral, a terapia cognitivo-comportamental tem sido amplamente aplicada no tratamento dos usuários de álcool e de outras drogas, e seus pressupostos teóricos servem de base para as práticas grupais desenvolvidas por inúmeros profissionais que atuam nos serviços que atendem a essa demanda.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Descrever a assistência grupal prestada pelos profissionais de nível superior nos CAPSads do Estado do Espírito Santo.

4.2 ESPECÍFICOS

Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever a concepção de grupo dos profissionais dos CAPSads;
- b) identificar a abordagem teórico-metodológica adotada pelos profissionais envolvidos nos grupos dos CAPSads;
- c) descrever as dificuldades encontradas para a realização de grupos nos CAPSads;
- d) avaliar a percepção do profissional sobre sua preparação para realizar grupos nos CAPSads.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório-descritivo, que descreve e analisa a assistência grupal sob a ótica dos profissionais em suas dimensões qualitativas. Um *estudo exploratório* é realizado “[...] em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado ou sistematizado” (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 68). Já o *estudo descritivo* é aquele em que são apresentadas as características de uma determinada população ou fenômeno (TOBAR, YALOUR, 2001). A pesquisa *exploratório-descritiva* combinada é um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, ou ainda quando se quer descrever completamente o fenômeno estudado, trazendo uma abordagem qualitativa, que tem como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995; MARCONI; LAKATOS, 1996).

O caminho que norteou esse processo de investigação baseou-se nos preceitos de um olhar qualitativo sobre o fenômeno estudado. Conforme assinala Minayo (2007, p. 57), “[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discurso e de documentos”.

Além disso, a pesquisa qualitativa permite “[...] desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2007, p. 57).

Nesse sentido, para descrever a assistência grupal prestada pelos profissionais de nível superior dentro dos CAPSads, compreendendo os significados, as abordagens e as dificuldades encontradas nesse processo, isso só é possível com uma abordagem que dê conta dessa realidade, uma abordagem que trabalhe com o universo desses significados, desses valores e concepções e, ainda, com as relações estabelecidas nas práticas assistenciais.

5.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado nos CAPSads do Espírito Santo, localizados na Macrorregião Centro-Vitória do Estado, nos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, que compõem a rede de assistência aos usuários de álcool e de outras drogas e constituem os únicos serviços nessa modalidade em todo Estado.

5.2.1 CAPSad de Vitória ou Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)

É um serviço pioneiro implantado no Estado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Emergiu, no município, no ano de 1992, iniciando suas atividades em fevereiro de 1993, caracterizando-se como espaço ambulatorial. Nos primeiros anos de funcionamento, o processo de trabalho era individual, mas, com o aumento do acesso aos usuários, foi necessário criar os grupos de acolhimento e acompanhamento, caracterizando uma oferta também em nível grupal. Em 1997, após a instituição de um convênio com a Cooperação Técnica Brasil da União Europeia, firmado pelo MS, passou a ser referência na construção da rede atenção ao uso de drogas em Vitória. Estabeleceu o programa de redução de danos como estratégia de ação para minimizar as consequências do uso indevido de drogas, regulamentado pela Lei Municipal nº 4.949, de dezembro de 2001.

Em 2002, em atendimento à normalização do MS, seguindo as diretrizes de funcionamento dos CAPSs, foi cadastrado como um serviço na modalidade CAPSad. É mantido pela Prefeitura Municipal de Vitória, atende a usuários de Vitória e de outros municípios que não possuem o serviço de CAPSad. Possui uma equipe de nível superior formada por profissionais como: médico clínico, psiquiatra, psicólogo, farmacêutico, assistente social, enfermeiro, professor de Educação Física e terapeuta ocupacional; e de nível médio como: auxiliar administrativo, oficineiros, auxiliar de Enfermagem, técnico em Enfermagem e auxiliar de serviços gerais, atendendo a exigência da equipe mínima que deve compor esses serviços, conforme estabelecido na política nacional de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas (RASCH, 2005; REIS; GARCIA, 2008).

5.2.2 CAPSad de Vila Velha

Está situado no bairro Jaburuna. Foi implantado em 2003, articulado à rede de atenção psicossocial, a partir da proposta do Programa de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituído pelo MS, pela Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002. Realiza atendimento psicossocial aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e seus familiares no município de Vila Velha, oferecendo serviço ambulatorial de atenção diária, ações de prevenção, tratamento e reinserção dos indivíduos com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, além de promover a implantação da rede de atenção ao uso de drogas, garantindo o atendimento à demanda oriunda da rede básica de saúde mental, à demanda espontânea, bem como àquela encaminhada por outros serviços. A assistência é feita tanto do âmbito individual como no grupal, além de oferecer oficinas terapêuticas, atendimento familiar e atividades comunitárias. Possui uma equipe formada por profissionais de nível superior e médio conforme as exigências da política nacional de atenção ao usuário de álcool e outras drogas (VILA VELHA, 2001; ESPÍRITO SANTO, 2007).

5.2.3 CAPSad de Serra

Implantado em 2006, situado no bairro Laranjeiras, é o mais recente serviço de atendimento na modalidade CAPSad do Estado, que compõe a rede de assistência em saúde mental. Em conformidade com as exigências da política nacional de integração ao usuário de álcool e de outras drogas, atende às regulamentações quanto à estruturação da equipe e das atividades. Realiza atendimento psicossocial aos usuários de drogas, às famílias, incluindo ações comunitárias e de inclusão social à rede de atenção básica local. A assistência inclui os atendimentos individuais, grupais, familiares, visitas domiciliares e visitas externas (ESPÍRITO SANTO, 2003; ROSSONI, 2006; ESPÍRITO SANTO, 2007; SERRA, 2009).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As pessoas que prestaram as informações necessárias à composição deste estudo foram os profissionais de nível superior que atuavam ou coordenavam as atividades grupais dos CAPSads do Espírito Santo e que concordaram em participar do estudo. No total, foram entrevistados 17 profissionais de diversas categorias profissionais, dentre eles, psicólogo, enfermeiro, assistente social, musicoterapeuta, artista plástico, terapeuta ocupacional e farmacêutico. Foram selecionados apenas os profissionais de nível superior, porque são aqueles que estão mais envolvidos nas atividades grupais.

Nos serviços, não foram encontrados profissionais de nível médio coordenando atividades grupais. A Portaria nº 224/92 aponta que os profissionais de nível médio poderão executar atividades grupais apenas no âmbito de orientação e sala de espera. As atividades de cunho terapêutico, incluindo os grupos terapêuticos e as oficinas, são desenvolvidas principalmente por profissionais de nível superior que fazem parte da equipe técnica. Em relação às oficinas, a Portaria nº 728/2002 do MS (BRASIL, 2002a) estabelece as modalidades que podem ser executadas tanto por profissionais de nível superior como por profissionais de nível médio, como oficinheiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem. Neste estudo, esses profissionais não estavam envolvidos com essas atividades.

5.4 PROCEDIMENTOS

5.4.1 Análise Documental

Inicialmente, foi feita uma pesquisa documental para colher dados, registros históricos dos cenários estudados. Alguns documentos estavam disponíveis on-line, outros constavam no acervo das Prefeituras municipais e outros foram encontrados no acervo local do serviço. A *pesquisa documental* é elaborada a partir de materiais que ainda não receberam tratamento analítico. Segundo Tobar e Yalour (2001, p. 72), a pesquisa documental pode ser realizada “[...] com base em documentos guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos [...]”.

5.4.2 Coleta do Material

A coleta do material foi realizada nos meses de junho a agosto de 2009. A técnica de investigação escolhida para a coleta do material foi a entrevista semiestruturada, que permite obter informações contidas na fala dos atores por meio de fatos relatados, conforme a realidade vivenciada. A *entrevista* é uma técnica que fornece “[...] dados para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e seu contexto de vida [e permite uma] [...] compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2002, p. 65). Na *entrevista*, permite-se que o entrevistado exponha suas concepções e crenças a respeito do problema de pesquisa. O pesquisador descobre “[...] o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo” (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 96).

Para a construção dos dados, foi utilizado um roteiro-guia de entrevista com questões abertas e fechadas (APÊNDICE A) que contemplou as informações necessárias para a exploração do objeto de pesquisa. Segundo Minayo (2007, p. 261), a entrevista semiestruturada “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada” e ela deve seguir um roteiro apropriado. O roteiro para a entrevista semiestruturada permite desdobrar os indicadores necessários na obtenção das informações esperadas. Por “[...] roteiro se entende uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação” (MINAYO, 2007, p. 189).

As entrevistas foram agendadas mediante disponibilidades dos sujeitos e da pesquisadora. Foram gravadas por meio magnético e digital e transcritas para permitir a análise dos dados. Foi garantida a confidencialidade e sigilo sobre o nome de cada entrevistado, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), respeitando-se os preceitos éticos.

5.4.3 Estudo Piloto

Antes da realização das entrevistas propriamente ditas, foi realizado um estudo piloto com quatro sujeitos de um serviço que reproduz as mesmas características do cenário deste estudo – o CAPS I do município de Anchieta. Nesse estudo preliminar, o entrevistador pôde perceber as dificuldades na aplicação do roteiro-guia e a falta de clareza em algumas questões-chave, que foram reformuladas.

5.4.4 Análise e Tratamento do Material

Todo o material qualitativo, após a transcrição das entrevistas, foi submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin. A *análise de conteúdo* tem sido muito utilizada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais. Minayo (2007) afirma ser um método mais comumente adotado no tratamento de dados de pesquisas qualitativas. Para Bardin (2006, p. 33), a *análise de conteúdo* constitui “[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, conhecendo o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.

Operacionalmente, a análise de conteúdo parte de uma leitura inicial, mais superficial, para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os significados manifestados pela dedução de indicadores reconstruídos em mensagens particulares. Propicia a articulação de textos com fatores que os determinam, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o contexto de produção da mensagem (MINAYO, 2007).

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise de conteúdo, é organizado em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2006; MINAYO, 2007).

A fase de *pré-análise* é a fase de organização e sistematização das ideias, em que se determinam as unidades de registro, contexto, recortes, formas de categorização e codificação e os conceitos-chaves para a análise textual. Nesse sentido, após a transcrição literal das entrevistas, estabeleceu-se um contato com o texto por meio

de intensas leituras (leitura flutuante), procedendo à ordenação do material e, posteriormente, à construção do *corpus* do texto, retomando-se os pressupostos iniciais da pesquisa.

Na fase de *exploração do material*, fase de codificação ou análise propriamente dita, em que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades para atingir o núcleo de compreensão do texto, procedeu-se ao recorte do texto, agrupando-se as categorias estabelecidas *a priori* com os conteúdos emergentes para a análise. Ao final, chegou-se a quatro categorias, a saber: 1) concepções de grupo; 2) metodologias adotadas nos grupos; 3) dificuldades encontradas nos grupos; e 4) formação e preparação profissional para o trabalho com grupos.

Na última fase, fase de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, procedeu-se a análise do conteúdo das falas relacionando-a com o quadro teórico para a compreensão do objeto de estudo.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os profissionais foram convidados a participar do estudo e tiveram a liberdade de optar pela participação ou não, após esclarecidos os objetivos, procedimentos e informações detalhadas da pesquisa. Para a legitimação da participação voluntária dos indivíduos, foi emitido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) por meio de assinatura, antes de os sujeitos ingressarem no estudo. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (Protocolo nº 055/09) e todos os procedimentos foram conduzidos conforme os dispositivos da Resolução nº 196/96, que dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, o projeto foi submetido à anuência das Secretarias Municipais de Saúde, e foi devidamente autorizado (APÊNDICE C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS ATIVIDADES GRUPAIS

Para a caracterização dos cenários deste estudo, foram utilizados documentos disponibilizados no acervo das Prefeituras municipais de Vitória, Vila Velha e Serra, dentre eles, relatórios de gestão, plano de ação, projeto de implantação dos serviços e a política de saúde mental nesses municípios, o que permitiu descrever como se dá o funcionamento, a organização e a política vigente nas ações assistenciais desenvolvidas nos serviços (VITÓRIA, 1989; 1999; VILA VELHA, 2001; SERRA, 2009).

O CAPSad constitui-se um serviço de atenção diária e de referência para os usuários de álcool e de outras drogas. Esse serviço possui capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local, coordenar as atividades de supervisão dos serviços de atenção aos usuários de drogas e ainda supervisionar e capacitar as equipes básicas e os serviços de saúde mental locais. O funcionamento do CAPS se dá de segunda a sexta-feira, geralmente das 8 às 18 horas, em dois turnos, e pode ainda comportar até um terceiro turno, estendendo seu atendimento até às 21h. Em dois CAPSads estudados (CAPSad de Vila Velha e Serra), esse funcionamento se dá em dois turnos, enquanto no CPTT o atendimento se estende até o terceiro turno.

A assistência prestada nos CAPSads do Espírito Santo se dá com: atendimentos individuais, consultas médicas, terapia medicamentosa, psicoterapia, orientações e terapias breves; atendimentos grupais, como a psicoterapia grupal, os grupos operativos, as oficinas terapêuticas, as assembléias e as atividades de suporte social; atendimentos à família; atendimentos domiciliares, incluindo as visitas domiciliares; e atividades comunitárias, enfocando a inserção e inclusão do dependente químico na comunidade. Cada usuário tem um profissional como técnico de referência que monitora e traça o seu projeto terapêutico individual (PTI). Conforme o PTI, o atendimento é, então, classificado como intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O atendimento intensivo é diário, prestado ao usuário que necessita de atenção contínua e demanda muitas intervenções da equipe; já no atendimento

semi-intensivo e não intensivo, não há necessidade de uma demanda ou de suporte contínuo e diretivo por parte da equipe.

No tocante às atividades grupais, observou-se uma diversidade de ofertas terapêuticas e denominações diferenciadas nos grupos desenvolvidos nos CAPSads, chamados de grupos de acolhimento, acompanhamento e oficinas terapêuticas (Quadro 1).

ATIVIDADES GRUPAIS	CPTT	CAPSad de Vila Velha	CAPSad de Serra
Grupos de Acolhimento	Grupo de Acolhimento	---	Grupo de Acolhimento de Múltiplas Drogas
	Grupo de Acolhimento e Acompanhamento		
Grupos de Acompanhamento	Grupo de Mulheres	Grupo de Mulheres	Grupo de Álcool para homens
	Grupo Terapêutico de Atividades	Grupo de 25 a 45 anos	Grupo de Mulheres
	Grupo Vivencial	Grupo acima de 45 anos	Grupo de Adolescentes
	Grupo de Tabagismo	Grupo de Adolescentes	Grupo de Família
	Grupo de Adolescentes	Grupo de família	Grupo de familiares de adolescentes usuários de drogas
	Grupo de Movimento	Grupo de 18 a 25 anos	Grupo de Múltiplas Drogas
	Grupo de Família		
Oficinas	Oficinas temáticas para homens	Oficinas de Artesanato	Oficina de Gênero
	Oficina de Arteterapia	Oficina de Cidadania	Oficina de Horta
	Oficina de Musicoterapia e Arteterapia	Oficina de Literatura	Oficina de Música
	Oficina de Literatura	Oficina de Passeio	Oficina de Arte
	Oficina de Musicoterapia	Oficina de Filme	Oficina de Saúde
	Oficina de Poesia	Oficina de Saúde	Oficina de Cidadania
	Oficina de Teatro		Oficina de Filme
	Oficina de Filme e Jornal		Oficina de Educação Física
Assembléias	Assembléia com usuários		

Quadro 1 – Atividades grupais desenvolvidas nos CAPSads

Como se vê, as atividades grupais são denominadas de acordo com a clientela, faixa etária, gênero, tipo de droga e tipo de modalidade de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo). As denominações “grupo de acolhimento”, “grupo de acompanhamento”, “oficinas” e “assembleias” foram adotadas em todos os serviços estudados, havendo diferenças apenas na frequência e no modo de conduzir os grupos. Os grupos realizados nos CAPSads atendem até 15 pessoas, dependendo do espaço disponível e, geralmente, são grupos abertos, permitindo a entrada de novos membros, devido ao tipo de clientela e da rotatividade de usuários que frequentam o serviço.

6.1.1 Funcionamento das Atividades Grupais

Grupos de Acolhimento

São considerados a porta de entrada do serviço. É um grupo voltado para recepção dos usuários que buscam o serviço pela primeira vez, por demanda própria ou por encaminhamento dos serviços de saúde, da Justiça ou por outros serviços. Conforme o manual dos CAPSs (BRASIL, 2004c, p.15),

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham [...] a partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário.

Esse grupo também acolhe aqueles usuários que se afastaram do tratamento e precisam ser recolhidos no serviço. Nesse grupo, apresenta-se o funcionamento do serviço, colhe-se a história de vida, traça-se o projeto terapêutico e são feitos os encaminhamentos necessários, permitindo que o usuário também expresse suas expectativas e demandas:

[...] nesse grupo, os pacientes estão chegando pela primeira vez ou os pacientes estão sendo recolhidos, porque, por algum motivo ou pela recaída ou porque se afastaram mesmo do tratamento [...], nesse grupo, a gente explica o funcionamento do serviço, a gente coloca que aqui não é um espaço de internação, como é o funcionamento do CAPS, das oficinas, os profissionais que trabalham aqui [...] e a gente deixa aberto pra que eles também coloquem porque que eles estão procurando o serviço, qual que é a

expectativa deles, qual foi a indicação deles estarem aqui e que eles contem um pouco da história de vida deles [...] (SUJEITO I).

No acolhimento, a gente recebe as pessoas e a gente colhe a história, já que é a primeira vez que ela vem, ou o acolhimento, que é a pessoa que veio e saiu e agora está voltando, aí a gente vê como essa pessoa está, qual a história dela, como surgiu a dependência na vida, se é realmente dependente ou não, então a gente tem esse acolhimento, fala do serviço, explica como que é, e essa pessoa no grupo de acolhimento, com o tempo, ela vai sendo direcionada pra algum tipo de projeto terapêutico (SUJEITO G).

Os grupos de acolhimento são realizados por dois profissionais da equipe técnica, geralmente profissionais de nível superior. Nesse grupo, com o tempo, o usuário será encaminhado para algum tipo de projeto terapêutico, seja ele intensivo, seja semi-intensivo ou não intensivo, de acordo com a avaliação feita no grupo, e, posteriormente, é inserido nos grupos de acompanhamento ou nas oficinas terapêuticas:

[...] nesse grupo também, quando a gente consegue ouvir e ter uma clareza do caso e tal, a gente já faz um encaminhamento, então esse encaminhamento pode ser ou para os grupos de acompanhamento, ou para a oficina terapêutica ou vai para um tratamento mais intensivo [...] ou ele vai ficar no semi-intensivo ou no não intensivo [...] (SUJEITO I).

Os grupos de acolhimento acontecem até três vezes por semana, atendendo até 15 pessoas, dependendo da demanda do serviço. São grupos voltados para o diálogo e escuta e têm por objetivo fazer uma anamnese geral dos usuários que chegam ao serviço, para, posteriormente, proceder aos encaminhamentos necessários.

[...] nosso objetivo no grupo de acolhimento é captar a história do usuário com a droga, de como ele chegou aqui, para fazer uma indicação terapêutica [...] (SUJEITO B).

O grupo de acolhimento é um grupo mais de fala (SUJEITO M).

[...] eu atendo essas pessoas com objetivo de conhecer um pouco da história delas, da trajetória, o que a trouxe aqui, que droga é essa, como que essa droga está afetando sua vida, para a partir disso, fazer um primeiro encaminhamento dessa pessoa no serviço, e também aproveito esse momento para apresentar o CAPS, o que é o CAPS, como ele funciona [...] esse grupo tem mais uma característica que eu considero como informativa do que como terapêutica [...] (SUJEITO B).

São grupos abertos, pois permitem a entrada de novos membros e heterogêneos em relação ao gênero, faixa etária e tipo de droga utilizada:

É um grupo mais aberto [...] a gente atende todos os tipos de usuários [...] (SUJEITO M).

[...] a gente ouve as pessoas pra depois encaminhar (SUJEITO A).

No CPTT, os grupos de acolhimento acontecem três vezes por semana e atendem de dez a quinze pessoas. O grupo é coordenado por dois profissionais e formado por usuários que procuram o serviço pela primeira vez e aqueles que precisam ser reacolhidos no serviço. Nesse grupo, os profissionais fazem uma escuta inicial, avaliam as condições do usuário, expõem as características do serviço e fazem os encaminhamentos devidos. No CAPSad de Vila Velha, o acolhimento é realizado individualmente. A partir desse acolhimento é que são feitos os encaminhamentos para os grupos terapêuticos ou para as oficinas. No CAPSad de Serra, o acolhimento é realizado tanto em grupo como individualmente, depende do profissional que atende. O acolhimento em grupos geralmente é feito com usuários de múltiplas drogas do gênero masculino. Os grupos de acolhimento de múltiplas drogas acontecem uma vez por semana e têm um caráter mais informativo do serviço ou receptivo dos usuários que chegam ao serviço pela primeira vez, e de encaminhamento, para os grupos de acompanhamento.

Grupos de Acolhimento e Acompanhamento

São grupos formados por usuários que já estão sendo acompanhados pelo serviço e usuários que chegam pela primeira vez. É um grupo voltado para escuta, diálogo e recepção dos novos membros, o que o caracteriza como grupo de acolhimento, e também um grupo terapêutico atento a todos os tipos de usuários. Esse grupo trabalha a interação, a discussão de temáticas e reflexão, características de um grupo de acompanhamento, diferenciando-se pela clientela específica, pelas intervenções e estratégias de condução do grupo adotadas pelos profissionais:

Nesse grupo, a gente atende às pessoas que estão vindo pela primeira vez e pessoas que já estão sendo acompanhadas no

serviço. A gente começa primeiramente falando sobre o serviço, sobre nossa dinâmica de funcionamento, sobre o que nós oferecemos, falamos sobre a questão do sigilo [...] depois a gente dá um espaço pra cada pessoa estar falando um pouco, e os que estão vindo pela primeira vez se apresentarem, pra saber como procuraram o serviço, quem encaminhou, o que eles estão vivendo hoje [...]. E para as pessoas que já estão sendo acompanhadas, elas têm esse espaço pra estar falando sobre como é que foi a semana dela, ou os últimos dias que ela esteve, do último dia que ela veio aqui até hoje, como tem sido, sobre as questões que ela tem passado. Não necessariamente sobre as questões voltadas pra droga, mas as questões que ela tem interesse de estar falando. E aí, nesse momento, a gente vai fazendo algumas considerações, algumas intervenções, a gente vai criando algumas estratégias [...] (SUJEITO L).

Somente no CPTT foi identificado esse tipo de grupo. Nos outros serviços estudados não houve essa denominação.

Grupo de Acompanhamento

São considerados grupos terapêuticos mais específicos voltados para clientelas e demandas determinadas. Acontecem, geralmente, uma vez por semana e atendem até 15 pessoas. São grupos mais específicos, classificados segundo a faixa etária (grupo de adolescentes, grupo de 18 a 25 anos, grupo acima de 45 anos), gênero (grupo de mulheres, grupo de homens) e, em alguns serviços, são classificados segundo a utilização de um tipo de droga (grupo de álcool, grupo de múltiplas drogas). Nesses grupos, várias estratégias são adotadas abordando temas diversos. É um grupo de discussão e reflexão, que se utiliza do diálogo, de dinâmicas e técnicas para gerar algum tipo de discussão:

O grupo é assim, cada um fala alguma coisa que tem a ver com o uso de drogas ou não. Ele diz como é que ficou a semana dele, como é que foi a semana, porque o grupo é uma vez por semana, então ele conta tudo que ele passou durante aquela semana [...] (SUJEITO N).

É um grupo que acompanha a evolução do usuário no serviço em relação à medicação, ao comparecimento às consultas e às oficinas, de forma individual e coletivamente:

[...] nesse grupo a gente faz esse acompanhamento, como é que está a medicação, nós que remarcamos as consultas para o médico

clínico, para o psiquiatra, e o psicólogo acaba fazendo essa referência técnica dentro do grupo terapêutico (SUJEITO F).

[...] cada um a gente vai avaliando, vai vendo suas necessidades, vai vendo se tem acompanhamento médico, então a gente vai registrando isso no prontuário de forma sucinta, mas a gente coloca um pouco como está sendo o desenvolvimento. Na verdade, é uma troca, um diálogo, um acompanhamento, e ele colocando e ele sempre tentando verbalizar, ele trazendo propostas, algum tema que ele gostaria de colocar no grupo para a próxima semana está trazendo, a gente vai buscar, então, na verdade, o grupo é construído com cada membro do grupo [...] (SUJEITO E).

É um grupo que funciona como apoio, sustentação aos usuários, que permite vivenciar situações do dia a dia que eles enfrentam:

[...] a gente acha que, de alguma forma, o grupo funciona como um apoio, uma sustentação [...] (SUJEITO G).

[...] a gente procura vivenciar situações deles vividas, trazer questões de discussão, pra que eles falem deles, aceitem algumas coisas em relação à história deles, porque eles ficam muito na questão da queixa e não veem que eles fazem as próprias escolhas [...] a gente procura trazer, assim, não trazer temas, a gente traz algumas técnicas pra que eles abram os temas pra gente estar trabalhando (SUJEITO G).

É um grupo aberto, até por conta da clientela atendida:

[...] o grupo é aberto porque têm uns que começam o tratamento e param ou começam a trabalhar e saem outros que vão entrando, então não é um grupo que é fechado, entram pessoas novas. Isso também vai influenciando na dinâmica desse grupo [...] (SUJEITO F)

No CPTT, os grupos de acompanhamento são considerados grupos terapêuticos mais determinados, voltados para clientelas e demandas específicas. Esses grupos são coordenados por dois profissionais e acontecem, geralmente uma vez por semana. Os grupos de acompanhamento desenvolvidos no CPTT são: o grupo de mulheres, em sua maioria usuárias de *crack*, de todas as idades. É um grupo voltado para discussão de temáticas ligadas ao universo feminino; o grupo terapêutico de atividades, formado por mulheres e homens, em sua maioria homens usuários de *crack*, voltado para atividades expressivas, como pintura, desenho, argila, entre outras; o grupo vivencial, formado por homens e mulheres, que utiliza

vivências e dinâmicas para situações cotidianas enfrentadas pelos usuários; grupo de tabagismo, voltado para apoio terapêutico ao tabagista; grupo de adolescentes, formado principalmente por usuários de maconha e *crack*, entre 13 e 18 anos, que trabalha com dinâmicas, vivências e atividades direcionadas a essa população; e o grupo de movimento, formado por usuários de álcool e outras drogas, que trabalha com atividades e vivências corporais. Os grupos de acompanhamento atendem cerca de oito a doze pessoas, acontecem uma vez por semana e são coordenados por um profissional, na maioria das vezes, o psicólogo. São grupos voltados para o compartilhamento de experiências, reflexões, vivências e informações.

No CAPSad de Vila Velha, os grupos de acompanhamento atendem cerca de oito a doze pessoas, acontecem uma vez por semana e são coordenados por um profissional, quase sempre, o psicólogo. São grupos voltados para o compartilhamento de experiências, reflexões, vivências e informações. São considerados grupos de acompanhamento: o grupo de mulheres, o grupo de 25 a 45 anos, voltado para homens usuários de álcool e outras drogas; o grupo acima de 45 anos, voltado para homens usuários de álcool e outras drogas, em sua maioria alcoolistas; o grupo de adolescentes e o grupo de 18 a 25 anos.

No CAPSad de Serra, os grupos de acompanhamento são: o grupo de álcool para homens, voltado para alcoolistas; o grupo de mulheres; o grupo de adolescentes; o grupo de familiares de adolescentes usuários de drogas e o grupo de múltiplas drogas, voltado para usuários de múltiplas drogas do sexo masculino.

Além disso, dentro dos grupos de acompanhamento, estão os grupos voltados para familiares, que têm uma característica de acolher a família que chega procurando o serviço, fornecer orientações e informações sobre a droga ou sobre modos de lidar com o usuário, ao mesmo tempo em que oferece um suporte terapêutico e social. É considerado um grupo terapêutico de acompanhamento:

O grupo de familiares tem uma característica também de passar informações, no sentido de que essa família não conhece também o que é o CAPS, o que é o tratamento, então a gente faz essa apresentação do serviço pra família, e também é um grupo terapêutico, no sentido de que ele busca, junto com essa família, entender as angústias, e através da troca ali, estar ajudando com que supere, com que tenha um comportamento diferenciado, com que passem a cooperar mais com o tratamento [...] uma outra coisa

que a gente gosta de trabalhar nesse grupo de família é a questão da potencialização da família (SUJEITO B).

[...] é um grupo de compartilhamento de experiências. A família fala o que está se passando, nós orientamos de acordo com a política de álcool e drogas, de acordo o que é o CAPS, que serviço é esse, o que nós podemos oferecer, que atitudes eles podem fazer dentro de casa, tomar dentro de casa para que o relacionamento melhore, como que a família pode ajudar esse paciente no momento da crise, no momento da recaída, no momento em que ele não quer vir para o tratamento [...] (SUJEITO F).

O grupo de família acontece uma vez por semana e é coordenado, na maioria dos serviços estudados, por dois profissionais. No CAPSad de Serra, há o grupo de familiares de adolescentes usuários de drogas e o grupo de família. São grupos que se diferenciam pela demanda específica, que são os familiares de usuários de drogas, em geral, atendidos no serviço e os familiares de adolescentes usuários de drogas, demandas que são trabalhadas separadamente pelas características peculiares atribuídas a essa fase.

Oficinas

São uma das principais formas de tratamento oferecidos nos CAPSads. São atividades da atenção diária, voltadas para usuários que necessitam de uma atenção mais intensiva. São consideradas atividades grupais de socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 2004c). Acontecem diariamente, uma vez por semana para cada tipo de oficina. Diferenciam-se dos grupos de acolhimento e acompanhamento pela frequência das atividades que são mais intensas:

[...] a atenção diária são as oficinas, então o enfoque é diferente porque são pessoas que têm uma convivência maior, vem todos os dias e não uma vez por semana, como o grupo terapêutico. Aí, nesse grupo, eu sempre trago uma dinâmica. O objetivo é você trazer uma dinâmica dentro daquilo que é necessário para avaliar com eles [...] (SUJEITO Q).

As oficinas podem ter um caráter: produtivo (possibilitando o aprendizado de atividades que podem servir para geração de renda); educativo (aprendizagem de alguma técnica ou habilidade); terapêutico (espaço de reflexão, expressão corporal,

expressão artística, transformação e criação); e informativo ou expositivo (BRASIL, 2004c).

Aqui a gente faz fotonovela, pintura, mosaico, aula de recorte [...] então cada um pode falar através da imagem, através de poesia, só que vai além da terapia [...] é algo pra você construir, um meio de criação (SUJEITO A).

[...] eu trabalho com grupo nas oficinas terapêuticas a que chamamos de atenção diária onde não são as pessoas que trazem os conteúdos. Nós temos uma programação, elegemos alguns temas e fazemos algumas dinâmicas, algumas intervenções ligadas àquele tema. Nós trazemos a metodologia, mas eles elegem os temas também [...] (SUJEITO O).

[...] é mais informativa. Eles fazem perguntas acerca da doença que eu estou apresentando pra eles, é mais expositiva (SUJEITO N).

São grupos abertos e heterogêneos, envolvendo usuários de todas as idades, gênero e tipo de droga utilizada.

[...] são pacientes de 18, 60 anos, homens e mulheres. É tudo misturado, é realmente um grupo misto, e aí eu intitulei essa oficina de oficina de literatura. Eu sempre trabalho algum tema, que é um tema como o medo, a autoestima, o conhecimento, os rótulos, integração de equipe, enfim, aí eu sempre levo uma dinâmica relacionada ao tema e, logo após, eu levo um texto e nós lemos esse texto coletivamente, a gente lê um parágrafo, discute, comenta, então, basicamente, nesse grupo, eu trabalho com dinâmicas e leitura de textos, mostro para eles qual a importância da leitura, trabalhar a memória, cognição, interpretação, mas focando sempre num tema [...] (SUJEITO F).

No CPTT, as oficinas de literatura, poesia e jornal têm um caráter mais criativo e de desenvolvimento de habilidades; as oficinas de musicoterapia, arteterapia, filme, teatro e as oficinas temáticas são mais terapêuticas, possibilitando reflexão e discussão de temáticas. No CAPSad de Vila Velha, as oficinas de cidadania, de passeio, de literatura e de artesanato têm um enfoque mais produtivo, social e educativo; as oficinas de saúde e de filmes, o enfoque é mais informativo e expositivo. No CAPSad de Serra, as oficinas de cidadania e de saúde são mais informativas; as oficinas de horta, arte, música e Educação Física têm um caráter educativo e criativo e as oficinas de gênero e a oficina de filme têm um enfoque terapêutico.

Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço

São reuniões mensais realizadas nos serviços. Envolvem usuários, técnicos e familiares, com o intuito de discutir sobre temáticas relacionadas com a estruturação do serviço, o atendimento prestado pela equipe, as demandas dos usuários, a organização do serviço, as queixas e sugestões para a melhora do serviço, entre outras. Todos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos juntos. Podem ser informativas por meio de palestras sobre determinado tema, a depender do que é solicitado pela equipe e pelos usuários.

De modo geral, nota-se que o atendimento prestado no âmbito das atividades grupais se dá por meio do acolhimento, do acompanhamento dos usuários nos grupos terapêuticos e das oficinas, dependendo da modalidade de atenção demandada pelo usuário do serviço.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS

Conforme a Portaria nº 336/2002 do MS, que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, os serviços na modalidade CAPSad devem atuar com uma equipe técnica mínima multiprofissional formada por profissionais de nível médio e superior de diversas categorias (SANTOS; MACENTE; SIQUEIRA, *no prelo*). Dentre os profissionais de nível superior que compõem essa equipe, está o médico psiquiatra, o enfermeiro, o médico clínico e outros profissionais, como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Nos CAPSads do Espírito Santo, em relação aos profissionais de nível superior, observou-se que as equipes, em sua maioria, eram formadas por uma diversidade bastante expressiva de profissionais, como, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro, psiquiatra, médico clínico geral, artista plástico, educador físico, musicoterapeuta e arteterapeuta. Verificou-se que os CAPSads pesquisados se encontram em conformidade com o estabelecido na Portaria nº 336, possuindo, inclusive, uma ampliação da equipe técnica mínima, com a incorporação de profissionais de outras áreas, muitas vezes externas à área da

saúde, que é muito importante e enriquecedora para o serviço. Amarante (2007, p. 84) corrobora esse procedimento quando assinala:

[...] os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de operadores de diversas categorias profissionais, muitas consideradas 'externas' à área da saúde, como: músicos, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, a depender da possibilidade de cada serviço, de cada cidade ou da criatividade de cada um.

No Quadro 2, observa-se que 17 profissionais de nível superior consentiram em participar deste estudo, dentre eles, três enfermeiros, dois artistas plástico, um terapeuta ocupacional, dois farmacêuticos, três assistentes sociais, cinco psicólogos e um musicoterapeuta.

Sujeitos	Sexo	Idade	Formação Profissional	Tempo de Formação	Tempo que Atua com Grupos
A	F	35 anos	Artista Plástico	5 anos	3 anos e meio
B	F	33 anos	Psicólogo	9 anos	9 anos
C	F	50 anos	Enfermeiro	27 anos	3 anos e meio
D	M	37 anos	Farmacêutico	15 anos	2 anos
E	F	48 anos	Assistente Social	25 anos	8 anos
F	F	47 anos	Artista Plástico	20 anos	2 anos
G	F	41 anos	Psicólogo	18 anos	15 anos
H	F	47 anos	Musicoterapeuta	26 anos	15 anos
I	F	32 anos	Terapeuta Ocupacional	11 anos	8 anos
J	M	40 anos	Farmacêutico	17 anos	4 anos
L	F	28 anos	Assistente Social	3 anos	2 anos
M	M	38 anos	Enfermeiro	13 anos	7 anos
N	F	33 anos	Enfermeiro	12 anos	1 ano
O	F	30 anos	Psicólogo	6 anos	6 anos
P	F	26 anos	Psicólogo	2 anos e meio	2 anos e meio
Q	F	35 anos	Psicólogo	10 anos	10 anos
R	F	60 anos	Assistente Social	37 anos	30 anos

Quadro 2 – Caracterização dos Sujeitos do Estudo

Observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino. As idades variaram entre 26 e 60 anos, e a média de idade de 38,8 anos. Esse perfil etário aponta para uma população jovem e economicamente ativa no mercado de trabalho, embora esses profissionais não sejam principiantes nesse mercado e já tenham uma vasta experiência. Isso é confirmado pelo tempo de formação dos entrevistados que variou entre 2 e 37 anos, com uma média de 12,5 anos. Em relação ao tempo de atuação com grupos, muitos já haviam tido ampla experiência, que se deu desde a formação; outros iniciaram o atendimento em grupo quando entraram no CAPSad, mas todos esses profissionais já, há algum tempo, vêm trabalhando com grupos.

De modo geral, observou-se que as atividades grupais, geralmente, são realizadas por dois profissionais de diferentes áreas: o psicólogo e o assistente social, o terapeuta e o enfermeiro, o farmacêutico e o artista plástico, entre outros, havendo uma tendência de participação multiprofissional na coordenação das atividades grupais. Houve alguns relatos em que a participação nos grupos era isolada, só o enfermeiro, ou só o psicólogo ou o assistente social, até por conta da disponibilidade de recursos humanos do serviço:

Às vezes, o psicólogo faz o grupo sozinho mesmo, até por conta da demanda e da quantidade de profissionais que tem no serviço [...] (SUJEITO P).

Outras falas foram relatadas pelos profissionais, caracterizando uma tendência para a organização do trabalho de grupo de forma interdisciplinar, na qual os profissionais, respeitadas suas competências, atuam de maneira dialogada e conjunta para o desenvolvimento da assistência:

Aqui, no CAPS, acontece muito essa coisa do trabalho interdisciplinar, em equipe. É um dando suporte ao outro e compartilhando experiências que acontecem nos grupos (SUJEITO H).

Depois do grupo, eu e minha parceira do grupo, junto com a equipe, discutimos o que aconteceu, as dificuldades encontradas, as angústias vivenciadas e compartilhamos maneiras e formas de como agir com as situações que acontecem nos grupos com os usuários de álcool e drogas (SUJEITO J).

Percebe-se que há uma tendência, ou pelo menos uma tentativa, de desenvolver um trabalho interdisciplinar nas equipes dos CAPSads, principalmente no âmbito da assistência grupal. Sabe-se que é um trabalho árduo, sério e intenso para as equipes, antes, constituídas como multiprofissionais, passarem a interagir entre si de forma a desenvolver um trabalho integrado dentro de uma abordagem interdisciplinar, transcendendo limites e fronteiras impostas pelo conhecimento especializado. Tal processo depende de vários fatores, por exemplo, o comprometimento da equipe com o serviço, a formação dos profissionais, a abertura em compartilhar seus saberes e conhecimentos e a disposição para se reunirem e efetivamente construir em comum uma estratégia que possa dar conta e compreender o problema (SANTOS; MACENTE; SIQUEIRA, *no prelo*).

6.3 ATIVIDADES GRUPAIS: DA CONCEPÇÃO À FORMAÇÃO

Após a transcrição e análise de todo o material, chegou-se a quatro categorias analíticas, que permitiram descrever as principais concepções de grupo, as metodologias utilizadas, as dificuldades e desafios encontrados no trabalho com grupos e a formação e preparo do profissional para o desenvolvimento dessa prática.

6.3.1 Concepções de Grupo

O conceito de grupo é discutido por inúmeros autores e pode designar diferentes conceituações a depender do contexto em que é utilizado. Como assinala Zimerman (2000, p. 82), “[...] é muito vaga e imprecisa a definição do termo ‘grupo’, pois pode designar conceituações muito dispersas, num amplo leque de acepções”. Nos cenários estudados, o termo grupo esteve associado, principalmente, à reunião de pessoas ligadas por um mesmo objetivo ou por uma mesma problemática que, neste caso, é o uso da droga:

Grupo é a interação entre pessoas para um objetivo (SUJEITO O).

Grupo é um conjunto de pessoas, são pessoas completamente diferentes, mas que, por algum motivo, elas têm algum objetivo em comum [...] (SUJEITO F).

Grupo é quando se reúnem algumas pessoas que normalmente já têm um objetivo estabelecido [...] não é uma coisa perdida; ele tem objetivo” (SUJEITO Q).

São algumas pessoas que se reúnem com a mesma problemática para discutir certos assuntos, problemas que estão enfrentando, que está difícil para eles [...] (SUJEITO M).

[...] todos eles têm uma questão comum que lhes perpassa, que é a questão do uso da droga [...] (SUJEITO H).

O termo “grupo” aponta certa ambiguidade, não sendo um mero somatório de pessoas. No entanto, um dos principais requisitos que caracterizam um grupo é o objetivo em comum e a necessidade de haver alguma interação entre os indivíduos. Conforme Zimerman (2000, p. 83), o que caracteriza um grupo é que todos os integrantes “[...] estão reunidos em torno de uma tarefa e de um objetivo comum”. Do ponto de vista de Osório (2000), o grupo pode ser um conjunto de pessoas que estão ligadas por interesses em comum, numa ação interativa e compartilhada, mas, para que se configure verdadeiramente um grupo, é necessário que haja alguma interação entre os indivíduos. Para Pichón-Riviere (1988), o grupo é um conjunto de pessoas ligadas pelo tempo e espaço, que se propõem à realização de uma tarefa ou uma finalidade.

As concepções relatadas pelos profissionais que coordenam os grupos nos CAPSads se aproximam muito das características básicas de um grupo – a interação e o objetivo em comum. O fato de pessoas estarem ligadas por uma problemática em comum (no caso dos CAPSads – o uso da droga) pressupõe a finalidade ou a tarefa. “A existência de um objetivo comum supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançarem seus objetivos” (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989, p. 136). Essas concepções se aproximam muito do que Pichón-Riviére chama de grupos operativos. Esses grupos aparecem descritos nas diretrizes de funcionamento dos CAPSads, no âmbito das modalidades assistenciais grupais, das Portarias nº 224 e nº 336 do MS. Na verdade, os grupos operativos não são uma técnica específica, ou um tipo determinado de coordenação de grupos, mas uma ideologia, uma forma de pensar e operar em grupos, que pode ser adotada por diversos profissionais (PICHÓN-RIVIERE, 2005).

Outras colocações são importantes de serem analisadas. Alguns sujeitos entrevistados trouxeram, em suas falas, a questão do grupo como algo dinâmico, apontado por Lewin como campo dinâmico de forças (LEWIN, 1948):

[...] o grupo, pra mim, tem que ter esse dinamismo; não é algo estático, não tem a mesma maneira [...] o grupo tem esse embate de conflitos, esse dinamismo, é uma coisa dinâmica [...] e tem a ver com essa questão da criação e dinamismo [...] (SUJEITO A).

Em qualquer grupo constituído, forma-se um campo dinâmico, que vai além do somatório de seus componentes. Esse campo é composto por múltiplos fenômenos, que estão articulados entre si de tal maneira que a alteração de qualquer um vai repercutir nos demais. Segundo Cézar (2008, p. 95),

[...] o campo envolve mais que um conjunto de pessoas e seus meios, mas a dinâmica produzida pelas relações entre seus membros. O campo é, portanto, um todo dinâmico que funciona como uma unidade estruturada [...]. O grupo funciona, portanto, como um todo cuja dinâmica é produzida por suas leis estruturais de funcionamento.

Dessa concepção de campo grupal, surge o conceito de grupo como um organismo, como uma totalidade, que tende a equilíbrio e desequilíbrios constantes. Ainda em relação ao campo grupal, Zimerman (1997) chama a atenção para um fenômeno específico e típico que ocorre nesse campo – a ressonância – que foi apontada nas falas dos entrevistados:

[...] no grupo, você vê, na fala do outro, muitas vezes quando o outro está falando, algumas questões que acontecem com você de forma individual [...] (SUJEITO E).

Esse compartilhamento de experiências faz com que eles cresçam, com que eles aprendam uns com os outros, que eles questionem algumas coisas que são próprias, mas que, muitas vezes, vem na fala do outro. Quando o outro fala, eu me identifico e penso: 'Isso faz sentido pra mim'. Eu me questiono também [...] (SUJEITO F).

[...] no grupo, a pessoa se vê no outro, se vê com os olhos do outro, então a abordagem em grupo é mais rica [...] (SUJEITO G).

Em algumas falas, a questão do campo grupal foi exemplificada como um espelho.

O grupo é enriquecedor e no grupo mesmo eles pontuam um para o outro até porque trazem a experiência de cada um que é compartilhada ali e isso é importante, até esse ouvir o outro que, muitas vezes, enquanto profissional, tem questões que você não tem como vivência e o outro tem aquela vivência e mostra pra ele do outro lado. É uma coisa como se fosse um espelho (SUJEITO F).

Segundo Zimerman (1997, p.30, grifo do autor), “[...] o campo grupal se constitui como uma *galeria de espelhos*, onde cada um pode refletir e ser refletido *nos e pelos outros*”.

Algumas falas apontaram concepções de grupo como estratégia ou instrumento de trabalho para atendimento à demanda, para a dinamização do trabalho e viabilização do processo terapêutico:

[...] o grupo é uma estratégia de atendimento que nós criamos para poder atender à demanda, que é muito grande, porque se fossemos atender individualmente, não daríamos conta, não teríamos horários nas agendas para atender todo mundo (SUJEITO L).

[...] é muito legal você trabalhar em grupo, porque no serviço público, você não tem como fazer só atendimento individualizado, serve até para dinamizar o trabalho [...] (SUJEITO I).

Grupo pra mim é um instrumento de trabalho que a gente usa, é um dos recursos que a gente usa dentro desse processo terapêutico (SUJEITO E).

Do ponto de vista de Maffaccioli (2006), as atividades grupais podem ser uma forma de sistematizar a assistência. Sua funcionalidade pode estar “[...] atrelada, além dos aspectos de tratamento, a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos” (MAFFACCIOLLI, 2006, p. 22). Segundo De Don e Kessler (2008), o grupo é uma alternativa viável e efetiva, pois atende a um maior número de pessoas, em menor tempo, com baixo custo. Isso pode ser considerado como uma das vantagens que o trabalho de grupo oferece, mas pensar o grupo somente com esse enfoque é reduzir essa estratégia a uma visão simplista, que não comprova seu grande potencial terapêutico e transformador.

De outro modo, uma concepção diferente revela que as atividades grupais podem ser instrumentais metodológicos potentes ou ferramentas eficazes, capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre usuário e profissional, a compreensão das situações de vida e do processo saúde/doença dos indivíduos:

[...] as atividades de grupo constituem, dentre outros tipos de atendimento, uma estratégia assistencial, ao operarem nos serviços com tal propósito, assim como as consultas médicas, de Enfermagem ou de outras especialidades [...] representam a disposição de uma ferramenta terapêutica, um tipo de atividade, que, revelada sua capacidade resolutive e utilizada de forma apropriada, resulta em efetividade para com o alvo do ato terapêutico (MAFFACCIOLLI, 2006, p. 23).

Nesse sentido, ao reconhecer o grupo como ferramenta terapêutica assistencial, pressupõe entendê-lo como espaço de escuta, troca, discussão, de compartilhamento de experiências e, por isso, um espaço muito rico (SILVA et al., 2005). Isso pode ser visualizado nas falas de alguns profissionais entrevistados:

[...] o grupo é um espaço muito rico de discussão, de escuta, de troca, porque são várias pessoas com vivências diferentes, momentos diferentes [...] (SUJEITO L).

[...] um grupo pra mim é uma interação, é uma troca [...] (SUJEITO E).

[...] o grupo é uma estratégia de atendimento e também um espaço para partilhar experiências [...] (SUJEITO L).

[...] eu acho que a proposta de grupo é importante porque ocorre sempre uma troca entre os usuários [...] (SUJEITO I).

Os grupos proporcionam uma partilha de experiências, de sentimentos com outras pessoas, que possibilita o desempenho social do indivíduo na comunidade (SCHUCKIT, 1998). A finalidade do grupo como espaço é propiciar um ambiente em que as pessoas possam falar de seus medos, anseios, angústias, fantasias acerca do que estão vivenciando em suas vidas, privilegiando ainda a troca de experiências. Essas trocas se dão em diversos sentidos, o que torna esse espaço rico. “O trabalho em grupo merece ser estimulado como um espaço onde as trocas se dêem em diversos sentidos, tornando o processo mais rico e contribuindo para a formação de vínculo entre as participantes” (MELLO, 2002, p.15).

Nesse sentido, o grupo funciona como espaço de trocas interativas entre os indivíduos e, no contexto da saúde coletiva, constitui-se um espaço coletivo de exercício da cidadania, de afirmação subjetiva, de socialização e circulação de informações referentes aos estilos de vida e de saúde adotados no cotidiano de suas vidas (GUANAES; JAPUR, 2001; MELLO, 2002). O trabalho em grupo deve ser estimulado como espaço coletivo, onde as trocas se deem em diversos sentidos, o que o transforma num espaço muito rico de interação, vivências e formação de vínculos.

De modo geral, verificou-se, a partir das concepções de grupo dos entrevistados, que essas concepções confluem para as características básicas da constituição de um grupo: a questão da finalidade que se expressa pelo objetivo em comum; a questão da troca e da interação que pressupõe o cerne do processo grupal.

6.3.2 Metodologias Adotadas nos Grupos

6.3.2.1 Tipo de Grupo

Os tipos de grupos podem ser caracterizados pela descrição de seu funcionamento. Porém, alguns requisitos básicos devem ser considerados, ao se compor grupos. Os objetivos devem ser claros. Deve-se contar com uma estabilidade de espaço e tempo e estabelecer um enquadre e o cumprimento das regras constituídas (contrato grupal). Há grupos que prezam a mudança de comportamentos específicos; há também aqueles que oferecem suporte, socialização, discussão de temáticas, reflexão, entre outros. Segundo Vinogradov e Yalom (1992), o que irá diferenciar um grupo de outro é a sua estrutura básica, que diz respeito ao funcionamento do grupo, como a seleção dos participantes, o tamanho desse grupo, o estabelecimento do enquadre grupal e a estruturação do tempo e espaço para a realização do grupo. Isso poderá garantir um bom funcionamento grupal.

Zimmerman (1997) descreve alguns fundamentos técnicos que devem ser considerados ao se desenvolver grupos, dentre eles: o planejamento das atividades, a definição de quem será o coordenador, a finalidade do grupo, a seleção dos

participantes, o estabelecimento do funcionamento do grupo (aberto, fechado, homogêneo, heterogêneo), a definição do local, dia e frequência da realização do grupo, os recursos que serão utilizados e o manejo e condução do grupo.

Em relação ao funcionamento do grupo, devem ser levados em consideração alguns elementos do enquadre grupal. Esses elementos estão relacionados com a seleção do público e a composição dos grupos. No que se refere à composição, os grupos podem ser abertos ou fechados, homogêneos ou heterogêneos. Os grupos abertos são grupos em que não há prazos de término previamente fixados e ainda existe a possibilidade de entrada de novos membros (sempre que houver vagas). Nos grupos fechados, são estabelecidas algumas regras, por exemplo, a entrada de novos membros não é permitida, o que favorece a criação de vínculos, confiança e afeto entre os componentes. Nesses grupos, o delineamento do processo grupal se mantém tanto na sua constituição como na duração, que são pré-determinadas (ZIMERMAM, 1997; OSÓRIO, 2000). Guimarães e colaboradores (2008, p. 6) apontam algumas vantagens dos grupos abertos e fechados.

O grupo aberto tem uma vantagem sobre o fechado, pois tem a possibilidade de agregar novos integrantes para completá-lo, isto é, com rotatividade de pacientes. É como se de alguma forma, o grupo sempre estivesse iniciando, se apresentando, se conhecendo. Contudo, o grupo fechado, embora não conte com as vantagens assinaladas o grupo aberto, tem em contraposição uma vantagem claramente diferencial, a possibilidade de criar vínculo e um ambiente de confiança e afeto que possibilite mais rapidamente alcançar a maturidade, fator imprescindível para um trabalho de qualidade.

Em relação aos grupos homogêneos, estes são formados a partir de semelhanças em relação à idade, sexo, diagnóstico, tipo de droga etc. “Por grupo homogêneo entende-se aquele que é composto por pessoas que apresentam uma série de fatores e de características que, em certo grau, são comuns a todos os membros”. Nos grupos heterogêneos, há uma composição variada por sexo, idade, doença, raça, cultura etc. “Designa uma composição grupal em que há uma maior diversificação entre as características básicas de seus membros” (ZIMERMAM, 1997, p. 132). É válido ressaltar que a conceituação de grupo homogêneo ou heterogêneo vai depender “[...] do aspecto que serve de referencial, pois o grupo

pode ser homogêneo quanto à patologia (por exemplo, deprimidos) e, ao mesmo tempo ser heterogêneo quanto à idade, sexo, tipo e grau de doença, etc.” (p. 132).

Alguns cuidados devem ser observados em relação à composição de um grupo homogêneo e heterogêneo. Em um grupo muito homogêneo, o nível de interação pode se dar apenas no plano superficial, não gerando tantas discussões e reflexões. Por outro lado, um grupo muito heterogêneo pode gerar algumas dificuldades e conflitos na interação e no entrosamento dos participantes, e cabe ao coordenador saber lidar com essas dificuldades. Isso pode ser exemplificado numa fala de um entrevistado:

[...] como é um grupo bastante heterogêneo, é até um pouco complicado quando estão na oficina, porque é um grupo muito heterogêneo em questão de idade, de profissão, de questões sociais, até de gênero, feminino e masculino, todos juntos, no mesmo ambiente. É um pouco complicado você dar determinadas oficinas, então você propõe uma atividade que tenha maior abrangência possível (SUJEITO A).

Em relação à heterogeneidade desses grupos, é válido destacar a grande diversidade de pessoas com níveis sociais e realidades diferentes que compõem os grupos nos CAPSads, o que gera algumas dificuldades para os profissionais lidar com isso no grupo, tornando-se um grande desafio. Muitas dessas dificuldades foram referidas pelos profissionais:

Como é um grupo que é unido pela questão de drogas, a gente tem pessoas de várias classes sociais, vários níveis de instrução, então alguns não conseguem entender muito bem o que é dito no grupo [...] (SUJEITO N).

[...] a gente tem uma dificuldade em relação aos pacientes, é um mix grande, paciente de abrigo, paciente de classe média, mora em Jardim da Penha, mora na Praia do Canto. Esse já tem outro referencial, ainda tem alguém por ele, aí vem um paciente que está na rua, está em risco social, está tomando álcool, e de posto de gasolina, e não tem nada por ele, nem ninguém por ele, aí, no grupo, a gente não escolhe, chega tudo junto, a demanda é muito grande e a gente tem que fazer malabarismos [...] você tem que estar muito articulado, tem que ser muito criativo, você tem que saber lidar com isso, que é uma dificuldade que diz respeito a essa demanda que chega e a gente não tem controle (SUJEITO J).

Percebe-se, nas falas dos sujeitos, que não são evidenciados os elementos do enquadre grupal (estabelecimento de critérios de composição e funcionamento dos grupos). Dessa forma, dificuldades e conflitos podem ser gerados no processo grupal, muitas vezes, difíceis de serem trabalhados. Zimerman (1997, p. 132) recomenda que “[...] o grupo seja heterogêneo em certo tipo e grau de patologia, estilo de comunicação e desempenho de papéis” para que haja uma maior integração dos participantes, mas, ao mesmo tempo, é necessário ter um mínimo de homogeneidade em relação aos níveis socioculturais e intelectuais.

De modo geral, pode-se dizer que há uma relação direta entre homogeneidade e heterogeneidade dos grupos e a metas e finalidades a serem alcançadas. De acordo com Mailhiot (1985, p. 128),

[...] quanto mais homogêneo o grupo, mais as identificações com a autoridade e a tarefa do grupo são facilitadas, mais rápida é a integração. Nos grupos heterogêneos, se a integração é mais lenta, tende, entretanto, a fazer-se em maior profundidade. Se nestes casos a identificação com a autoridade e com a tarefa do grupo é mais penosa, se ela é acompanhada de momentos de tensão e de conflitos, por outro lado a heterogeneidade do grupo permite mais complementaridade entre os membros, mais resistência às pressões pela uniformidade e maior vigilância contra as tentativas de manipulação por parte da autoridade e, portanto, na maior parte dos casos, mais criatividade da tarefa.

Tanto o grupo homogêneo quanto o heterogêneo, se bem estabelecidos em seu funcionamento, se bem explorados e conduzidos, podem gerar discussões muito ricas e permitir que o grupo cresça em maturidade (GUIMARAES, et al., 2008).

No que diz respeito ao funcionamento dos grupos nos CAPSads, algumas experiências, principalmente com grupos fechados, não foram bem-sucedidas.

[...] inicialmente, a gente pensou numa proposta de grupo fechado e não funciona, não rola, porque, no final das contas, só tinha um paciente, porque eles vão desistindo, entendeu? Aí não vem, entram outros, aí não podia entrar outros, porque a gente tinha uma proposta, aí não deu certo esse grupo [...] (SUJEITO I).

Sabe-se que um dos principais desafios no tratamento aos usuários de drogas é a questão da recaída, que se refere à retomada do usuário ao antigo padrão de consumo (KNAPP, 1997). Isso faz com que eles iniciem, interrompem e reiniciam novamente o tratamento:

[...] nessa clínica eles vêm e param, vêm e param e, muitas vezes, nem vêm e fica [...] é característico desses usuários mesmo [...] (SUJEITO I).

Esse processo que acontece no grupo, por características, muitas vezes, próprias da clientela atendida nos CAPSads, gera um certo mal-estar, uma frustração e sensação de fracasso nos profissionais, que foi referida no depoimento de um entrevistado:

[...] por conta deles estarem sob a influência de uma substância, tem época que a presença no grupo é altíssima, tem época que grande parte deles somem e pra mim ainda é uma coisa, assim, que ainda estou trabalhando [...] é muito doloroso você vir caminhando com uma pessoa durante meses e de repente ela chega e está acabada, todo aquele tempo vai embora e ela está toda arrasada, fez mil besteiras, está na rua de novo, entendeu? E isso é uma coisa, que lidar, pra mim, é muito doloroso [...] (SUJEITO H).

O trabalho com usuários de substâncias psicoativas parece ser muito difícil para o terapeuta, principalmente por essas características inerentes à droga, que interferem na relação entre paciente e terapeuta e na evolução do tratamento, como assinalam Bordin, Figlie e Laranjeira (2004, p.188), “[...] os terapeutas consideram difícil trabalhar com um pacientes que abusam de substâncias. Há sempre o risco de ele abandonar a terapia prematuramente”.

Todas essas frustrações devem ser trabalhadas na supervisão em equipe, avaliando, refletindo, discutindo e oferecendo um suporte aos profissionais para amenizar algumas dificuldades vivenciadas nos grupos. A supervisão serve como um “[...] lenitivo para as ansiedades do terapeuta” (PINTO, 1989, p.37). Esse suporte feito em equipe favorece um espaço de trocas entre os profissionais, um compartilhamento das experiências, das angústias e dos conflitos vividos nos grupos. Isso é evidenciado na fala de um entrevistado:

[...] pra mim é muito legal essa proposta dos CAPS que é desse trabalho mesmo em equipe, trabalhar em duplas nos grupos, aqui realmente acontece essa coisa do trabalho em equipe, eu percebo que as pessoas dão suporte às outras, nós temos nossas questões particulares, individuais e a equipe dá muito suporte (SUJEITO H).

Outro importante suporte dado aos profissionais é a realização dos grupos em duplas, preferencialmente com profissionais de áreas diferentes. Nos depoimentos apontados abaixo, observa-se que esse tipo de suporte é visto como enriquecedor, pois fornece segurança, cumplicidade e ajuda mútua ao profissional e ainda permite a descrição de dois olhares diferentes acerca do grupo:

[...] a gente sempre fez em dupla, e duplas é o grande lance porque a percepção de dois profissionais que está sendo movimentada, está sendo ali provocada, então, primeira coisa, grupo em dois que eu acho fundamental pra que a gente depois tenha uma discussão [...] (SUJEITO J).

[...] eu sempre tive alguém comigo, uma psicóloga, uma pedagoga, uma assistente social e é muito bom isso, não só porque estreita o relacionamento com a pessoa que você faz, como enriquece muito [...] (SUJEITO J).

[...] a gente sempre procura trabalhar em dois profissionais, que é uma característica do nosso grupo do CAPSad com dois técnicos diferentes para ter dois olhares diferentes, para ter uma troca [...] (SUJEITO E).

A presença de dois profissionais no grupo, além de permitir a agilização da dinâmica, favorece um intercâmbio de projeções, intervenções, colocações, alianças, ora com um, ora com outro, permitindo uma melhor observação do discurso e do processo grupal. Pode-se considerar que essa forma de organização interdisciplinar introduz um olhar multifocal e multifacetado adequado às necessidades que sustentam esse tipo de prática e assistência nos CAPSads.

Em relação ao funcionamento dos grupos, algumas experiências nos CAPSads apontam maiores sucessos quando os profissionais optam pelos grupos abertos. A opção por esses grupos foi relatada em todas as falas dos sujeitos e parece, em todas elas, atrelada às características do público atendido:

[...] a gente trabalha com grupo aberto de pessoas, não é um grupo fechado, por exemplo, está sempre, quer dizer, toda semana pode

entrar gente diferente, e a gente conversa isso, deixa claro as regras [...] (SUJEITO E).

[...] o grupo é aberto, é dividido por faixa etária e por gênero, masculino e feminino, e faixa etária [...] (SUJEITO O).

Em relação à estrutura do grupo (homogêneos e heterogêneos), houve variações. Alguns profissionais utilizam grupos homogêneos, outros heterogêneos. Os grupos heterogêneos são mais característicos das oficinas, pela sua finalidade, demanda e frequência diária com que acontecem. Em relação aos grupos de acolhimento e acompanhamento, algumas considerações são importantes. Os grupos homogêneos, nos CAPSads, são divididos por gênero (homens ou mulheres) ou por faixa etária (adolescentes ou adultos ou homens de 25 a 45 anos ou ainda homens acima de 45 anos) ou ainda pelo tipo de droga usada (alcoolistas, usuários de múltiplas drogas). Munari e Rodrigues, citados por Maffaccioli (2006, p. 29), colocam que “[...] a convivência com um grupo que reúne pessoas com problemas semelhantes pode proporcionar experiências que condicionam um ambiente de muito valor terapêutico”.

Em relação aos grupos por tipo de droga, foi relatada por alguns entrevistados a não diferenciação entre usuários de álcool e múltiplas drogas. Nesse caso, foram considerados grupos heterogêneos em relação à droga:

[...] todas as ações aqui independem do uso da droga, álcool, múltiplas drogas ou tabaco, não são ações específicas dentro do grupo para determinado tipo de droga (SUJEITO O).

Alguns autores fazem distinções quando relatam sobre grupos com alcoolistas e usuários de múltiplas drogas, mas isso não é uma regra. Algumas experiências apontam que os grupos homogêneos para alcoolistas são mais indicados, por conta da estigmatização e das características peculiares da doença (dependência crônica, complicações orgânicas, psíquicas, desajuste social e familiar), principalmente no reconhecimento da dependência como doença por parte do usuário. Ramos (1989, 1997) coloca algumas peculiaridades dos alcoolistas e esclarece sobre a utilização de grupos homogêneos com essa clientela:

Uma das peculiaridades do alcoolismo é que os portadores desta síndrome, em geral, são os últimos a reconhecer a natureza exata dos seus problemas e, mesmo quando o fazem, professam uma autonomia frente ao beber tipo 'eu paro sozinho', de que logo a prática trata de demonstrar a falácia (RAMOS, 1989, p. 298).

Alcoolistas são pacientes que necessitam se abster do álcool numa sociedade que estimula seu consumo. Desse fato emana uma série de peculiaridades no tratamento com tais pacientes, as quais não se encontram em grupos de pacientes com outros transtornos. Por isso, a experiência ensinou que convém reunir os alcoolistas em grupos homogêneos, ou seja, só de alcoolistas. No entanto em consultórios em que a demanda não comportar a existência de um grupo exclusivo, a introdução de dependente de outras drogas não acarreta dificuldade técnica maior (RAMOS, 1997, p. 222).

Ramos (1997) aponta ainda que, no passado, usava-se homogeneizar o grupo quanto ao sexo, faixa etária e nível socioeconômico. Ele destaca que isso vem mudando, atualmente, e que nota uma “[...] tendência inversa, e a maioria dos técnicos que trabalham com alcoolismo pensa ser enriquecedor o grupo de alcoolistas ser heterogêneo em todos os outros aspectos” (RAMOS, 1997, p. 222). No entanto, tem sido um grande desafio para os profissionais que atuam nos CAPSads o engajamento e manutenção desse usuários num programa terapêutico, principalmente em relação à recaída. “A natureza crônica do alcoolismo faz prever que uma eventual reincidência no uso do álcool deva ser incluída no rol das possibilidades” (RAMOS, 1997, p. 226).

Algumas questões devem ser consideradas tanto no desenvolvimento de grupos com alcoolistas como para usuários de outras drogas. Brasiliano (1997, p. 230) afirma que o objetivo dos grupos desenvolvidos com usuários de álcool e outras drogas é “[...] criar um espaço de reflexão, onde o paciente possa buscar o sentido de suas próprias vivências, na tentativa de encontrar uma resposta diferente, que não a droga, para a transformação de sua realidade”.

Ramos (1997) considera que o estabelecimento de um contrato terapêutico com o grupo favorece um maior engajamento desses usuários ao tratamento. Em relação ao contrato grupal, devem ser estabelecidos e discutidos juntamente com o grupo no início do tratamento: *os objetivos do tratamento, número mínimo e máximo de participantes* que não deve exceder 15 pessoas, *tempo mínimo de permanência no*

grupo para criação do vínculo terapêutico, *tentativa de abstinência* (acordo de tentativa de abstinência entre terapeuta e paciente para participação no grupo, e o grupo deverá ser avisado quando houver recaídas), *abstinência no dia da sessão* (só poderá participar do grupo o usuário que estiver em abstinência), *segredo, sigilo, data, horários e local das sessões* (assiduidade nos grupos e manutenção de um mesmo local e dia para as reuniões), *aviso de faltas previstas* (BRASILIANO, 1997; RAMOS, 1997).

Cabe ressaltar que essas orientações devem ser observadas pelos profissionais como indispensáveis na condução dos grupos.

Em relação à estrutura dos grupos, outra questão a ser observada é o seu tamanho, que pode interferir no alcance dos objetivos do grupo. Mailhiot (1985, p. 127) assinala que “[...] quanto maior o número de seus membros mais difícil se torna para eles participarem de modo funcional nos três momentos essenciais de todo trabalho de grupo: a discussão, a decisão e a execução”. A literatura não é unânime quanto ao número mínimo e máximo de participantes no grupo, mas esclarece que deve ser estabelecido em função da finalidade do grupo, da disponibilidade de local para a realização do grupo e do coordenador. Quanto aos grupos para usuários de substâncias psicoativas, limita-se um número de até 15 participantes. Esse tamanho foi relatado nos depoimentos dos entrevistados, que variou, dependendo do grupo, da demanda e do cenário investigado. Nesse sentido, observa-se que as condições físicas do local e demanda influenciaram no tamanho do grupo. Nos serviços em que não se dispunha de salas amplas, espaços para grupos, esse número era reduzido.

No grupo de acolhimento, geralmente a gente atende de 10 a 15 pessoas (SUJEITO M).

No grupo de acompanhamento, a gente atende de 8 a 12 pessoas, geralmente, o que cabe na sala (SUJEITO L).

Zimmerman (2000, p. 83) assinala que “[...] o tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como auditiva, a verbal e a conceitual”.

6.3.2.2 Recursos Materiais e Técnicas Utilizadas nos Grupos

Os recursos materiais são ferramentas utilizadas em grande escala pelos profissionais dos CAPSads. Dentre os materiais utilizados nos grupos, verificou-se o uso de dinâmicas, música, contos, imagens, materiais expressivos, arte, pintura, modelagem, desenho, teatro, recursos audiovisuais, textos, filmes, entre outros.

Eu utilizo muitos contos, trabalho com imagens, mais materiais mesmo expressivos, são de arte, pintura modelagem, desenho e algumas dinâmicas [...] (SUJEITO F).

[...] a gente canta, a gente pode tocar, a gente pode analisar o poema ou a melodia ou a harmonia e falar sobre isso [...] (SUJEITO H).

[...] nós fazemos música, às vezes a gente compõe, eu uso instrumentos, eu uso o corpo a gente dança, nós vamos, nós saímos muito [...] nós vamos ao teatro, essa semana nós levamos eles pra assistir um filme que está passando na UFES sobre Darwin e tal, vamos a exposições, fomos à exposição no Centro de Convenções de Cândido Portinari e por aí vai, são coisas que eles nunca vivenciaram [...] (SUJEITO H).

[...] a gente trabalha muito com a atividade. No grupo eu uso atividade de tudo, a gente trabalha com poesia, a gente trabalha com revistas, a gente trabalha com argila, com pintura, com desenho, com mosaico, então, assim é um grupo de atividades" (SUJEITO I).

[...] a gente usa recurso audiovisual, filmes, a gente usa. Por exemplo, semana passada eu trouxe um material sobre pensar positivo em texto [...] (SUJEITO J).

Nos grupos de acolhimento, a fala e o diálogo foram os recursos mais utilizados:

[...] a gente dá um espaço pra cada pessoa falar um pouco [...] (SUJEITO L).

Como se vê, usualmente, o padrão de comunicação existente nos grupos é a fala (comunicação verbal) e por meio dela, o coordenador de grupo encontra uma porta de entrada para trabalhar com outros níveis de comunicação, por exemplo, o corporal, as técnicas grupais e as vivências, como acontece nos grupos de acompanhamento e nas oficinas dos CAPSads. Nestes, além dos recursos já citados, as vivências, as visitas externas e os passeios também são utilizados como recursos para o desenvolvimento dos grupos. Observa-se que o uso desses

recursos depende, muitas vezes, da finalidade do grupo, do que o grupo demanda e do referencial em que o profissional se baseia para realizá-lo.

[...] além do trabalho terapêutico, a gente faz algumas visitas, passeios [...] tem mulheres que nunca foram ao Shopping Vitória, ao Parque Moscoso ou na Pedra da Cebola, nunca foram ao Convento [...] (SUJEITO G).

Alguns entrevistados referiram se apropriarem de técnicas, como as do psicodrama (jogos, dramatizações), da arteterapia (técnicas expressivas e vivências) e da psicoterapia corporal (toque, respiração, postura e movimentos específicos) para o desenvolvimento dos grupos:

[...] a gente utiliza técnicas do psicodrama e da arteterapia [...] (SUJEITO G).

[...] a gente sempre traz vivências, alguma dinâmica, ou técnicas do psicodrama e da arteterapia para estar trabalhando (SUJEITO G).

[...] eu uso muito técnicas da psicoterapia corporal (SUJEITO Q).

O uso dessas técnicas confere aos grupos um espaço rico de interações, favorece um processo de conscientização, sensibilização e a percepção de sentidos, vivências de papéis, expressão de sentimentos e ainda o processo de ensino-aprendizagem. Dentro desse contexto, pode-se atribuir que a utilização dessas técnicas esteja intimamente ligada aos pressupostos teóricos em que os profissionais se baseiam.

É válido esclarecer que a técnica por si só não garante uma prática efetiva. Ela não prescinde a teoria, mas ambas devem interagir de forma conjugada e paralela. Zimerman (1997, p. 31) afirma que “[...] a teoria sem a técnica vai resvalar para uma prática abstrata, com uma intelectualização acadêmica, enquanto técnica sem uma fundamentação teórica corre o risco de não ser mais do que um agir intuitivo ou passional”.

Maffaccioli (2006, p. 70) ressalta que é “[...] preciso envolvimento e bom senso do profissional para utilizar os recursos da forma mais criativa possível”, mas o uso desses recursos, por si só, não garante “[...] o pleno desenvolvimento das práticas

de grupo” (MAFFACCIOLLI, 2006, p. 70), apontando que os fundamentos para o processo grupal devem estar atrelados às finalidades do grupo, e o que deve prevalecer é a interação e as formas de comunicação estabelecidas entre os participantes.

Nota-se, ainda, que os profissionais se referiram muito ao uso de “dinâmicas de grupo” como uma técnica grupal:

[...] a gente procura fazer várias dinâmicas [...] (SUJEITO C).

[...] às vezes, eu trago algumas dinâmicas já estabelecidas dentro de algo que eu quero trabalhar com eles, mas, em geral, eu deixo dentro do assunto que surge, até pra ver como é a dinâmica desse grupo, como que ele está funcionando [...] (SUJEITO Q).

Eu utilizo dinâmica de grupo, alguns textos, às vezes música, enfim, os recursos são a partir do que o grupo vai demandando também, de como eu percebo que está o momento do grupo, aí eu trago algo que estimule mais, algo que seja de expressão, de criatividade ou algo que seja mais focado [...] (SUJEITO O).

[...] fazemos dinâmicas com objetos ou então dinâmicas de desenhar. Depois tem que apresentar para o grupo. Figuras com palavras, a gente joga no chão várias figuras, palavras, pede para que eles peguem aquelas com que se identificam mais, que falem mais da vida deles [...] (SUJEITO F).

Esse termo, proposto por Lewin, tem sido muito aplicado, atualmente. Muitas vezes, é reduzido à mera técnica de integração, interação, animação, apresentação e entrosamento do grupo. César (2008, p. 98) faz uma crítica em relação a isso, quando coloca que o termo “dinâmica de grupo”

[...] é, muitas vezes, erroneamente reduzido a uma técnica grupal. Entende-se por dinâmica a própria técnica a ser aplicada, que, em muitos casos, traz de antemão a interpretação de seus possíveis resultados, como uma ‘moral da história’ Entendemos que este não é o uso elaborado por Lewin sobre dinâmica grupal.

O que Lewin construiu a respeito da dinâmica de grupo é resultado de intensas análises do campo psicológico de um grupo, referindo-se “[...] a uma interpretação

das modificações que resultam das forças psicológicas” (LEWIN, 1965, p. 71). Na realidade, a dinâmica de grupo não se refere a uma técnica, mas a um referencial acerca do processo grupal. Nesse sentido, o que se observa nas falas dos sujeitos é a utilização da dinâmica de grupo como técnica em si mesma, ou como um meio para se alcançar uma resposta, ou ainda como forma de mobilizar o grupo.

Andaló coloca a necessidade de se ampliar o saber na área do desenvolvimento de grupos para não haver banalizações desse cunho tecnicista.

O interesse pelos processos grupais pode ser facilmente constatado através da proliferação, tanto de publicações sobre ‘jogos’ e as famosas ‘dinâmicas de grupo’, como da demanda de trabalhos com grupos em contextos os mais variados. Tem-se observado, no entanto, um processo de banalização preocupante numa *perspectiva* claramente *tecnicista*, dando a falsa impressão de que *coordenar grupos é uma atividade simples e que não requer maiores conhecimentos teóricos*, além do domínio de alguns ‘jogos’ ‘técnicas’ e ‘dinâmicas’ superficiais aplicadas geralmente à revelia do movimento grupal. É comum pessoas solicitarem sugestões de alguma ‘*tecnicazinha*’ para aplicar em um grupo cujas características o próprio coordenador do mesmo ignora completamente (ANDALÓ, 2001, p. 135, grifos da autora).

A falta de estruturação e sistematização das atividades de grupo pode ser resultado desses problemas.

6.3.2.3 Referencial Teórico-Metodológico Adotado nos Grupos

O referencial adotado pelos profissionais no grupo serve de sustentação para a escolha de técnicas adequadas para a intervenção e manejo do processo grupal. Ao questionar sobre o referencial adotado nos grupos, alguns profissionais não esclareceram, especificamente, seguir apenas um referencial, mas citam uma diversidade de abordagens que embasam suas práticas grupais.

[...] eu utilizo vários referenciais. Eu não sigo uma linha, por exemplo: ‘Ah eu só faço grupo operativo [...]’. Eu não sigo uma linha só, depende do grupo, até pela diversidade de grupos que eu faço [...] (SUJEITO I).

É uma mistura, não posso denominar esse ou esse, na verdade é uma mistura, é de acordo com o que o grupo pede (SUJEITO F).

[...] eu acho que tudo o que você vai estudando vai somando [...] eu não adoto assim uma linha somente [...] (SUJEITO B).

Sabe-se que o trabalho com grupos é um objeto de estudo que se configura no entrelaçamento de diferentes e, muitas vezes, contraditórios esquemas teóricos. Conhecer o referencial teórico-metodológico adotado pelos profissionais significa entender como ele conduz o processo grupal. De modo geral, observou-se que os profissionais não seguem um único referencial, mas a necessidade e a demanda do grupo os fazem procurar diferentes metodologias e aplicações na prática grupal, no entanto a formação do profissional pode influenciar na escolha dessa metodologia e, conseqüentemente, na sua prática grupal. São muitas as abordagens direcionadas para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Há profissionais que trabalham com intervenções comportamentais, abordagem breve, prevenção à recaída, arteterapia, terapia sistêmica, psicanálise, entre muitas outras (BICCA; PULCHERIO; SILVA, 2002). Abaixo estão descritos os principais referenciais teóricos que foram referidos pelos profissionais que desenvolvem os grupos nos CAPSads.

- Abordagem Cognitivo-Comportamental

Foi relatada na maioria das falas dos entrevistados como uma abordagem básica para a realização de grupos com dependentes químicos.

[...] a abordagem cognitivo-comportamental é simples de ser aplicada e é bem diretiva [...] é a busca pelo auto manejo, da própria pessoa estar identificando quais são os pontos fracos dela, quais são as dificuldades que ela tem para se manter afastada da droga, o que ela tem que fazer, agir estrategicamente nisso [...] (SUJEITO M).

Não tenho uma linha específica de atuação, mas, quando a gente trabalha com dependência química, a gente tem que puxar para a comportamental [...] (SUJEITO F).

Como se vê, a abordagem cognitiva vem sendo amplamente aplicada ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas, por ser uma abordagem diretiva, estruturada e focalizada. O fato de trabalhar com usuários de álcool e outras drogas, uma clientela peculiar, que apresenta características específicas de comportamento, por si só já pressupõe a utilização do referencial da teoria cognitivo-comportamental.

Vários estudos apontam a utilização dessa teoria no tratamento da dependência química.

- Psicanálise

A vertente psicanalítica foi assinalada por alguns dos entrevistados como referencial para o desenvolvimento dos grupos:

Minha leitura é da psicanálise (SUJEITO O).

[...] tem coisas da psicanálise que eu aprecio, entendeu? Acho interessante a questão das relações, acredito muito na relação [...] (SUJEITO H).

São muitas as abordagens da psicanálise que influenciaram a prática da psicoterapia de grupo. A leitura da psicanálise no grupo implica conhecimentos que vão além das teorias psicanalíticas, mas também da área social e humanística e ainda requer uma prática intensa sobre a dinâmica grupal. Por isso, Zimerman (1997, p. 79) coloca que é necessário que os grupoterapeutas tenham uma formação nessa área

[...] não há um único referencial teórico-técnico, o importante é que o grupoterapeuta tenha uma formação psicanalítica, de preferência de natureza múltipla, isto é, de conhecer muito bem os fundamentos básicos de todas as escolas e, a partir daí construir seu estilo próprio e autêntico de trabalhar psicanaliticamente, fazendo as necessárias adaptações às peculiaridades do campo grupal, com as suas leis dinâmicas específicas.

- Grupos Operativos (Pichón-Riviére)

Alguns profissionais relataram referenciar-se nos postulados de Pichón-Riviére adotando os grupos operativos como proposta na prática grupal. Isso é evidenciado na fala de um entrevistado:

A minha história com grupo é longa, então, assim, eu tenho bastante coisa que já estudei de grupo operativo, de Pichón-Riviére, eu vejo essa questão do grupo, dentro dessa vertente, do grupo operativo [...] (SUJEITO O).

A conceituação, sistematização, divulgação e aplicação dos grupos operativos de Pichón-Riviére, que descreveu uma série de fatores (conscientes e inconscientes) que regem a dinâmica de qualquer campo grupal (teoria dos vínculos, formação dos papéis, conceito de pré-tarefa, esquema corporal, entre outros) construindo seu “Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO)”, serve de modelo e base para muitos estudiosos entenderem o processo grupal.

A teoria dos grupos operativos fornece muitos subsídios aos profissionais que trabalham com grupos, principalmente no entendimento do processo grupal, das ideias sobre a teoria do campo, da tarefa, aprendizagem e do esquema conceitual (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005).

- Política de Álcool e Drogas, Protocolos e Diretrizes do Ministério da Saúde

Muitos entrevistados não referiram seguir um referencial teórico de grupo, especificamente, mas destacaram apoiar-se em políticas, protocolos e diretrizes do MS direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Eu me baseio no Ministério da Saúde, eu pego o protocolo do Ministério [...] (SUJEITO N).

Referencial específico de grupo, não, às vezes, quando a gente quer abordar um tema, a gente vai pesquisar no Ministério da Saúde [...] (SUJEITO D).

Algumas vezes a gente usa a Portaria do Ministério da Saúde na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a Política de Atenção de Álcool e Drogas [...] (SUJEITO L).

Esses materiais sistematizam medidas técnicas e operacionais, contendo elementos inerentes às políticas que servem de fundamentação para o desenvolvimento das ações assistenciais nos serviços.

- Outras Teorias

Algumas contribuições teóricas de outros estudiosos, provenientes de outras áreas, caracterizaram os relatos de alguns entrevistados, dentre elas, as contribuições teóricas de Paulo Freire, que foi um importante crítico da educação tradicional e

criador de uma educação transformadora e libertadora, em que os conteúdos de ensino, extraídos da realidade dos educandos, são resultados de uma metodologia dialógica. Nesse sentido, concebe a educação como reflexão sobre a realidade existencial. A partir desse processo é que surge o que Paulo Freire chama de *tema gerador geral*, que irá nortear o educador no processo educativo transformador: “A educação é o procedimento no qual o educador convida os educandos a conhecer, a desvelar a realidade de modo crítico” (FREIRE, 2007, p. 105). É um processo dialógico e não meramente prescritivo.

Algumas ideias de Freire servem de base para o trabalho com grupos e foram mencionadas pelo depoimento do entrevistado abaixo.

[...] talvez eu use até um pouco de Paulo Freire, vou dizer o porquê. Eu acredito muito, eu faço grupo muito a partir da realidade, da história de cada um, então é muito no construtivismo naquela questão assim: ‘Me fale um pouco sobre a sua história e a partir daí nós vamos tentar conversar [...]’ (SUJEITO E).

Diante disso, verifica-se que o que acontece no grupo parte do que os participantes trazem como realidade. Nesse sentido, afirma-se uma função transformadora do grupo, assim como na educação transformadora de Freire.

6.3.3 Dificuldades Encontradas nos Grupos

6.3.3.1 Dificuldades Relacionadas com o Profissional

Salvendy (1996) reconhece que, devido à falta de preparação dos profissionais para trabalhar com grupos, principalmente para aqueles que são iniciantes, por conta da inexperiência, certa ansiedade e resistência podem ser observadas, que podem levar à evasão ou ao término do grupo. Essa resistência pode ser observada em algumas falas dos entrevistados:

[...] eu vejo alguns profissionais bastante resistentes com o trabalho em grupo, mas eu acho que isso é na questão da formação [...] (SUJEITO G).

[...] eu vejo que há uma resistência até do próprio profissional em trabalhar com grupo porque não sabe lidar, pois são muitas pessoas ao mesmo tempo, então o grupo se desorganiza mesmo, às vezes um discute com o outro e a pessoa não sabe o que fazer, então eu acho que é mais uma questão de formação (SUJEITO G).

No início, quando era novidade pra mim, eu nunca tinha feito grupo, então eu tinha muito medo, receio, resistência [...] (SUJEITO D).

Questões pessoais também foram apontadas como fatores que favorecem a resistência do profissional, tais como: motivação para trabalhar com grupos, falta de paciência para lidar com o que acontece no grupo:

[...] eu não tenho muita paciência para lidar com isso, por isso que eu não gosto de grupo, entendeu? Quando você acha que está todo mundo num nível de entendimento, aí vem um e demonstra que não entendeu nada do que você falou o tempo inteiro (SUJEITO N).

Tenho dificuldades pessoais, por não gostar de trabalhar com grupos [...] (SUJEITO N).

[...] vai ter profissionais que não vão ter o perfil ou que não se identificam com este tipo de trabalho [...] (SUJEITO J).

O que se observa, nos relatos dos entrevistados acima, é uma desmotivação e impaciência para lidar com grupo, e isso pode interferir no processo grupal. Zimmerman (1997) coloca alguns atributos indispensáveis para um coordenador de grupo. Dentre eles, destaca o “gostar e acreditar em grupos” que se refere à motivação do profissional para lidar com os grupos, e a “paciência” como atitude ativa do coordenador, um tempo de espera de cada um no grupo. Outra atribuição que se observa na fala dos entrevistados é a escuta:

[...] o que a gente precisa no grupo é que o profissional tenha uma boa escuta, que aceite os movimentos do grupo [...] (SUJEITO G).

[...] a pessoa que trabalha na área da saúde mental tem que ter dom de ouvir, de aceitar, de acreditar na mudança das pessoas [...] (SUJEITO M).

Rufatto (2006) considera o escutar como uma ferramenta importantíssima para que se estabeleça o enquadre grupal, mas que o coordenador do grupo precisa desenvolver. É muito importante que o coordenador saiba ouvir para estar atento e

perceber o que acontece no processo grupal, “[...] se os participantes sabem pensar as ideias, os sentimentos e as posições que são verbalizadas [...]” (ZIMERMAN, 1997, p. 44) no grupo.

6.3.3.2 Dificuldades Relacionadas com os Usuários

As resistências foram assinaladas como uma das dificuldades relacionadas com os usuários que mais aparecem nos grupos, conforme depoimentos dos entrevistados.

Há uma resistência no início. Quando a gente fala que o acolhimento é em grupo, eles acham que o problema deles é diferente dos outros. Na Unidade de Saúde onde eu trabalhei também tinha isso: ‘Ah eu vou falar o meu problema na frente de todo mundo? Aqui ninguém me conhece’. Se ela não quiser falar ela pelo menos participa do grupo [...] (SUJEITO G).

A resistência costuma ser definida como tudo que, no decorrer ou no início do tratamento, se opõe ao processo grupal. Segundo Zimerman (2000) são muitas as formas de resistência que surgem nos grupos, mas as mais comuns são: atrasos, faltas e abandonos do tratamento, tentativas de burlar as combinações do enquadre grupal, prejuízos na comunicação verbal por meio de silêncios ou prolixidades excessivos e inúteis etc. É necessário que o coordenador possa “[...] reconhecer contra quais ansiedades emergentes no grupo uma determinada resistência se organiza” [e ainda] “se ela é de natureza paranóide (medo da situação nova, de não ser reconhecido como igual aos outros e de não ser aceito por esses, do risco de vir a passar vergonha e humilhações) [...]” (ZIMERMAN, 1997, p. 36) como é observado no depoimento abaixo:

As pessoas que chegam pela primeira vez chegam preocupadas, com medo, ansiosas, então, no primeiro momento, a gente tenta quebrar esse... construir esse vínculo, como? Falando do serviço, eu vou me apresentar, do prazer que tenho de trabalhar com esse grupo, dos resultados que já vi acontecer, e também sempre pede às pessoas que já têm mais tempo no grupo pra dar o depoimento, de como funciona. Então as pessoas chegam e falam: ‘Não quero falar, não, só quero ouvir’. De repente, eles começam a falar, porque eles sentem que a fala é terapêutica, que o remédio nesse grupo é a fala, eles falarem do problema, porque essa problemática é difícil das pessoas compreenderem [...] (SUJEITO M).

Ou se é de natureza depressiva (medo de eventuais culpas e de se confrontar com o mundo interno destruído, de ter que renunciar ao mundo das ilusões) (ZIMERMAN, 1997). Pichón-Riviére discorre que, na dinâmica dos grupos, instala-se uma determinada insegurança social que está ligada à ansiedade diante da mudança: “Essas ansiedades são de dois tipos: *ansiedade depressiva*, expressa como temor ou medo da perda de um *status* determinado, e *ansiedade paranóide* diante de novas condições de vida ou medo do ataque” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p. 57).

É importante que o coordenar saiba fazer a discriminação entre essas resistências e angústias, reconhecendo se elas são obstrutivas ao funcionamento do grupo ou simplesmente revelam um mecanismo de defesa da pessoa; se a resistência é da totalidade do grupo, de subgrupos ou de indivíduos (o depoimento de um entrevistado esclarece como essa resistência se dá no âmbito individual):

Dificuldade é quando você percebe que o usuário não está ali por vontade própria. Alguns vêm fazer o tratamento aqui, mas você vê que o objetivo não é buscar isso. Vêm ou porque a família insiste e aí, nesses casos, fica mais difícil pra você trabalhar com o grupo, que é justamente aquelas pessoas que não se envolvem [...] (SUJEITO Q).

Reconhecer e assinalar ao grupo, “[...] o que está sendo resistido, por quem, como e para quem isso está se processando” (ZIMERMAN, 2000, p. 156).

6.3.3.3 Falta de Recursos

Das dificuldades encontradas para a realização dos grupos, aquelas relativas às questões estruturais foram as mais referidas pelos entrevistados, tanto em relação à estruturação física dos serviços (espaço, sala para grupos) como em relação à disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento dos grupos:

[...] uma dificuldade é acomodar todo mundo numa sala só, porque não tem como, o espaço físico é precário (SUJEITO N).

[...] outra dificuldade é o espaço [...] eu acho que tem que melhorar o espaço de sala, salas mais amplas (SUJEITO Q).

[...] é difícil, porque não temos transporte próprio. Já falamos muitas vezes, se tivéssemos um meio, em vez de estar aqui, a gente poderia estar lá fora, visitando a cultura do município [...] infelizmente, a gente esbarra na questão que não tem transporte (SUJEITO A).

A gente tem dificuldades em espaço físico, porque não é um local que foi construído para isso, então as salas são pequenas, não é arejado, adequado [...] outra coisa é a falta de material. Nós temos poucos materiais, principalmente quando você faz uma vertente dessa questão do grupo operativo, é legal você trazer algumas coisas diferentes pra eles produzirem [...] então isso limita um pouco (SUJEITO B).

De modo geral, constatou-se que os cenários investigados não contavam com condições adequadas para a realização das atividades de grupo. Alguns serviços são casas alugadas adaptadas para o atendimento e não dispõem de espaços físicos adequados para a viabilização das atividades. Segundo o programa arquitetônico mínimo de caracterização dos serviços em saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2009), o CAPSad deve ter uma estrutura física adequada para a viabilização dos serviços como: uma sala de espera para acompanhantes e pacientes, uma área recepção dos pacientes, uma sala administrativa, uma sala de reuniões para atendimento em grupo, atendimento à família, uma sala multiuso, consultórios para atendimentos individuais, área de atendimento para as oficinas, entre outros. Verificou-se que a maioria dos CAPSads do Espírito Santo não estão estruturados com as condições mínimas conforme as normalizações da Política de Saúde Mental do Estado. A falta de materiais também foi outra dificuldade para a realização dos grupos relatada pelos profissionais. As maneiras de enfrentamento dessas dificuldades adotadas pelos profissionais são criativas e adaptativas, mobilizadas por investimentos pessoais, criatividade e improvisações.

[...] a gente tem dificuldades, muitas vezes, institucionais, falta de recursos em algumas oficinas [...] acaba que, às vezes, a gente faz um *investimento pessoal mesmo* [...] (SUJEITO F, *grifo nosso*).

As principais dificuldades que a gente encontra aqui é a escassez de material [...] a gente precisa de material [...] hoje estamos trabalhando praticamente com papel, cola, *meu computador* e a *minha máquina fotográfica* e o *meu tempo em casa* preparando (SUJEITO A, *grifo nosso*).

Como enfatizado por Oliveira (2003, p. 1),

O mundo do trabalho não é somente da técnica (dos dados objetivos e instrumentais) é permeado pelo social (por relações de cooperação e compreensão) e pela subjetividade (mobilização, investimento pessoal, singularidade, cognição, imaginação, criatividade, tudo isso é necessário para realizar o trabalho).

Esse investimento é percebido em todo processo de trabalho em que o trabalhador, na tentativa de executar a tarefa e de que o trabalho aconteça, coloca toda sua energia e investimento pessoal. Mas, quando não reconhecido todo esse investimento, pode gerar sofrimento no trabalho (OLIVEIRA, 2003).

Outra questão apontada pelos entrevistados foi a falta de estruturação da rede de atendimento aos usuários de álcool e de outras drogas para fazer os encaminhamentos necessários.

Outra dificuldade é quando a gente identifica uma situação de risco e a pessoa precisa de internação e não tem vaga (SUJEITO M).

Às vezes, a gente precisa encaminhar algum usuário para outro tipo de serviço, para a internação, e é muito difícil conseguir alguma vaga, pois falta uma estruturação de toda a rede (SUJEITO J).

A rede de atenção em saúde mental do Espírito Santo ainda é muito frágil e encontra-se em fase de implementação, o que impõe muitos desafios para a efetivação da política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas.

O tratamento dos usuários de álcool e de outras drogas tem sido um grande desafio e principal problema para a saúde pública a ser enfrentado não só no Estado, mas em todo País. A rede de assistência aos usuários de álcool e de outras drogas conta apenas com três CAPSads e 15 leitos de desintoxicação para crianças e adolescentes no Hospital dos Ferroviários. A Secretaria de Estado da Saúde prevê a ampliação da rede até 2011, com a construção de mais dois CAPSads (São Mateus e Cachoeiro) e dez Centros de Tratamento de Toxicômanos (CTT) em todo o Estado (ESPÍRITO SANTO, 2008; COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DA SESA, 2009).

6.3.3.4 Dificuldades Relacionadas com o Processo Grupal

A rotatividade do grupo foi destacada por muitos entrevistados como uma dificuldade relacionada com o processo grupal, que gera uma descontinuidade do trabalho.

Eu acho que a dificuldade aqui é do tipo de paciente que a gente atende, por essa característica do usuário mesmo, essa coisa, a adesão, eles vêm uma semana, na outra não vêm, aí, quando está melhorando, têm uma recaída [...] (SUJEITO I).

A rotatividade do grupo que nós temos [...], pois são pessoas que começam o tratamento e, por vários motivos, interrompem [...] (SUJEITO L).

[...] é muito rotativo. Às vezes você tem dois ou três pacientes que são aqueles que vêm, que acompanha, que fica muito tempo e tal, agora, a maioria começa, para e volta, então isso gera uma dificuldade no trabalho, porque você não tem uma continuidade, você, muitas vezes, não consegue acompanhar a evolução desse paciente ou, quando ele já está melhor, ele acaba recaindo [...] (SUJEITO I).

Por características próprias da clientela, como já assinalado, tem-se essa rotatividade no grupo. A recaída é esperada em todo tratamento para dependentes químicos (MARLATTI; GORDON, 1993; DE BON; KESSLER, 2008). Cabe ao profissional aprender a lidar com essa recaída e estabelecer um contrato terapêutico e um enquadre grupal que dê conta das questões que aparecem no decorrer do grupo.

A coesão no grupo foi apontada como uma dificuldade relacionada com processo grupal.

[...] o grupo não é coeso. Cada um fala uma coisa e é muita fala ao mesmo tempo e não chega à conclusão nenhuma. Acho que é pelo fato de não saber lidar com isso no grupo (SUJEITO N).

[...] uma coisa que eu percebo é que os usuários, às vezes, não se identificam enquanto grupo mesmo, não se entendem enquanto grupo [...] na força que têm enquanto grupo, na mobilização do grupo [...] (SUJEITO O).

A coesão é um fenômeno inerente ao funcionamento do grupo e permite que este se mantenha unido. Essa coesão surge quando os membros do grupo conseguem estabelecer entre si relações bem estruturadas. “Um grupo coeso e bem constituído,

por si só, tomado no sentido de uma abstração, exerce uma importantíssima função, qual seja, a de ser um *continente* das angústias e necessidades de cada e de todos” (ZIMERMAN, 1997, p. 30).

6.3.4 Formação e Preparação do Profissional Para o Trabalho com Grupos

Mesmo havendo pouca formação específica para o trabalho com grupos, observa-se que essas estratégias são cada vez mais utilizadas nos serviços de saúde e envolvem grande parte dos profissionais que ali trabalham. A importância de se conhecer a formação do profissional e sua experiência com grupos pressupõe compreender a maneira como essa formação influencia sua prática (MAFFACCIOLLI, 2006).

Ao questionar os profissionais sobre sua formação como forma de embasar sua prática grupal, várias falas assinalaram que a formação não é suficiente para o desenvolvimento na prática.

[...] na minha formação, eu não tive nada de grupo, nem teórico e muito menos prático, então pra mim foi uma dificuldade muito grande [...] (SUJEITO D).

[...] a minha formação me deu base, inclusive eu tive disciplinas pra trabalhar com grupos, práticas grupais, isso facilitou e estimulou meu interesse em estar trabalhando com grupo [...], mas não foi suficiente, até hoje a gente estuda muito [...] (SUJEITO L).

A experiência com os usuários de substâncias psicoativas coloca os profissionais diante de inúmeros desafios. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação, altamente prescritiva e centrada na doença, como é relatado em algumas falas dos entrevistados abaixo:

[...] a minha formação foi bem curativa, para trabalhar em hospital [...] éramos bem preparados para trabalhar em hospital, não tinha outro caminho [...] (SUJEITO D)

[...] nossa formação na faculdade é uma formação muito voltada para métodos, essa, sim, é a formação da área de saúde, nós aprendemos coisas que têm uma descrição técnica [...] (SUJEITO J)

Em segundo lugar, enfrentar seus medos, anseios e insegurança para lidar com uma abordagem pouco vivenciada na formação. Além disso, muitos profissionais se defrontam com suas próprias necessidades, herdeiros desses modos como ocorreram suas formações, bem como dos pressupostos que as orientam:

Quem já tem alguma noção, uma vivência em grupo vai facilitar, mas quem não tem, tem dificuldades, ele precisa se engajar no trabalho e não sabe como fazer (SUJEITO G).

Em terceiro lugar, aprender com a experiência e buscar, por si só, fundamentos teóricos e referenciais básicos para entender o processo grupal e, principalmente, com uma clientela tão específica.

[...] eu acho que a própria experiência foi me capacitando. Tive que correr atrás do conhecimento sozinha, porque álcool e drogas é muito específico [...] a própria vivência foi fazendo com que me sentisse preparada para isso [...] (SUJEITO F).

Eu aprendi mais na prática mesmo (SUJEITO M).

Para aqueles que já têm uma formação que lhes dá base para trabalhar com grupos, o desafio é associar toda teoria à prática:

[...] toda teoria que você aprende da faculdade se esbarra com uma prática bastante complexa [...] (SUJEITO O).

Ao questionar sobre a preparação do profissional para lidar com grupos, as respostas estiveram, em sua maioria, associadas à busca constante por conhecimento:

Acho que a gente nunca está preparado [...] a gente sempre tem que estar aberto para aprender [...] mas a maior experiência vem com a prática (SUJEITO M).

Eu tenho uma história profissional de grupo, eu me sinto preparada, mas, se você focar com esse público, confesso que, pra esse público, eu não passei por um treinamento específico, eu não fiz um curso específico pra trabalhar com álcool e drogas [...] (SUJEITO B).

[...] o profissional deve estar sempre em formação, transformação, buscando a aquisição de conhecimento [...] (SUJEITO B).

[...] eu acho que é sempre um aprendizado [...] é um serviço que todo dia você tem um desafio, então você tem que estar sempre buscando, sempre estudando, eu quero nunca falar que estou totalmente preparada pra trabalhar com qualquer coisa [...] (SUJEITO I).

A formação e capacitação, por parte da instituição, foram consideradas imprescindíveis para a preparação do profissional, que, muitas vezes, tem que buscar por si só. Observou-se que não há formações específicas dos profissionais de maneira sistemática e continuada que os preparem para trabalhar com grupos: “A problemática da capacitação dos profissionais para desenvolverem atividades de grupo, advém de condições institucionais próprias, mas também é preciso considerar a disponibilidade do profissional em se qualificar para essas ações” (MAFFACCIOLLI, 2006, p. 62).

Eu acho que preparado a gente sempre tem que achar que não está, porque senão a gente não estuda, não procura, mas eu acho que a instituição deixa muito por conta do profissional buscar o aperfeiçoamento, não oferece pra gente formação, não oferece recursos [...] (SUJEITO G).

É importante ressaltar que é preciso investigar em que medida os profissionais tiveram ou têm contato com “[...] as ações de capacitação/formação para lidarem com as demandas que este tipo de atendimento requer” (MAFFACCIOLLI, 2006, p. 60), pois isso irá influenciar nas suas práticas assistenciais. O trabalho com grupo exige do coordenador um preparo e habilidades particulares, uma vez que ele deve estar envolvido com a atividade desde a sua concepção até a avaliação. A falta de capacitação e preparo dos profissionais pressupõe a pouca importância que se dá a uma estratégia terapêutica – o grupo – que tem em seu cerne uma riqueza de informações para entender o estilo de vida e de comportamento dos indivíduos tanto no âmbito individual como no coletivo (nas suas relações com os outros) que favorece a efetivação de uma prática verdadeiramente promotora de saúde, que é a base do novo modelo de atenção em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu explorar e descrever uma estratégia que é amplamente utilizada nos CAPSads. Como estratégia, evidenciou-se a maneira como trabalham os profissionais para alcançar seus objetivos nas práticas assistenciais desses serviços, descrevendo quais ferramentas utilizam, como empregam suas técnicas, em que se baseiam, quais as principais dificuldades encontradas nesse processo e sua percepção em relação à preparação e formação para o trabalho com grupos.

Este estudo mostra, também, a necessidade de uma sistematização das atividades grupais, capacitação técnica dos profissionais e estruturação dos serviços que atendem à demanda de álcool e drogas nos CAPSads. Constatou-se que o termo “grupo” recebe uma diversidade de designações, que dependem do contexto em que estão inseridos. Isso também foi visto na literatura: não há um consenso em relação a essas concepções. Talvez seja esse também o motivo que leve os profissionais a não estabelecerem uma concordância, quando se referem às concepções de grupos, que foram mencionados como estratégias, como instrumentos, ferramentas, abordagens, espaços de escuta, reflexão e interação, como algo dinâmico, que insere certa imprecisão na sua utilização. O grupo enseja essa miscelânea de conceitos, recursos, vertentes, concepções, que favorecem essa ambiguidade.

Os profissionais que atuam com grupos nos CAPSads se utilizam de várias estratégias, recursos, abordagens e referencial teórico, que, na maioria das vezes, são apreendidos na prática ou com base na sua formação acadêmica. Isso pressupõe a necessidade de se rever e refletir sobre o ensino dessa temática nas bases curriculares que formam profissionais, na maioria das vezes, sem minimamente conhecer a teoria dos grupos. Profissionais das áreas humanas, sociais, artes, saúde lidam com grupo, mas, principalmente, os da área da saúde se formam e carecem de uma fundamentação mínima sobre teoria de grupos, o que compromete sobremaneira a sua prática. Isso pode ser constatado quando foram relatadas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, sobretudo em relação à forma de lidar com questões que surgem no grupo, como o manejo das resistências,

a adesão dos usuários, a rotatividade deles e a falta de motivação do profissional para se engajar nessa atividade.

Apesar dos limites pela falta e precariedade dos recursos mínimos, que são considerados entraves institucionais para o desenvolvimento dos grupos, esses não foram as principais dificuldades apontadas pelos profissionais, mas a falta de uma formação que dê ao profissional, minimamente, uma base, foi muito indicada pela maioria dos entrevistados. Isso não se constitui uma singularidade do profissional, mas é uma lacuna, que continua perpetuando na formação, principalmente na área da saúde, numa lógica de atenção reduzida ao espaço clínico do consultório, que não dá base suficiente para o trabalho com grupo. Trabalhar numa ótica diferente daquela aprendida na formação acadêmica, altamente prescritiva e centrada na doença, torna-se um grande desafio para o profissional de saúde.

Nesse sentido, há uma necessidade absoluta de ampliar o conhecimento acerca do processo grupal para o preparo dos profissionais, para que se atinja a eficácia das deliberações referentes à escolha das atividades, das técnicas, dos referenciais, das ferramentas, de maiores possibilidades para facilitar o funcionamento e o progresso efetivo do processo grupal nos serviços de saúde e, principalmente, porque, dentro do novo paradigma de saúde, a estratégia grupal se coloca em lugar de destaque, que favorece uma abertura para entender as relações e inter-relações que se dão tanto na esfera individual como coletiva dos indivíduos, no processo de saúde-doença.

Na atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, esse processo se torna ainda mais difícil, tendo em vista a complexidade dessa demanda e do serviço. Ainda nesse contexto, tem-se a falta de uma estruturação da rede, que leva os serviços de referência a terem uma demanda, que, muitas vezes, só pode ser atendida pelo grupo. Nesse sentido, em alguns momentos, essas práticas grupais se tornam maneiras de controlar hábitos de vida e de conduta dos usuários, apresentando características que se distanciam dos grupos terapêuticos, aproximando-os de grupos meramente informativos, educativos, funcionando como espaços somente de acompanhamento ou de prescrição de informações. De outro modo, quando esses espaços se transformam em locais de reflexão, de interação e facilitadores de

mudança de comportamento e estilo de vida, favorecem efetivamente um espaço de promoção da saúde, em consonância com o novo modelo de atenção à saúde.

Nos CAPSads, observou-se que muitas experiências são desenvolvidas envolvendo terapeutas com formações distintas, com perfis diferentes, no entanto um fator comum a todos eles foi a falta de uma metodologia sistematizada para desenvolver seu trabalho com grupos, de forma articulada entre a equipe e o serviço.

Em face ao exposto, este trabalho propõe uma sistematização que muitos autores apontaram na revisão bibliográfica, a saber: um grupo deve ter um planejamento; deve ser estabelecido um enquadre grupal (definição das regras para o funcionamento do grupo); devem ser esclarecidos os objetivos do grupo; definir que tipo de grupo será e para qual clientela; deve-se definir quem será o coordenador ou quem está mais apto a desenvolver o grupo (observar perfil do profissional, motivação, interesse por grupos); deve-se disponibilizar o mínimo possível de recursos para o desenvolvimento dos grupos e estruturação dos serviços.

Conclui-se que a experiência e os desafios da utilização dos grupos são ainda assuntos pouco explorados, contatando-se poucas comunicações ou publicações sobre experiências com grupos ou ainda uma escassez de metodologias de pesquisa relacionadas com essa estratégia terapêutica de assistência à saúde. Esta pesquisa abrangeu apenas a percepção que o profissional tem do seu trabalho, com enfoque na assistência grupal com usuários de substâncias psicoativas. Trabalhos posteriores devem ser realizados com os participantes dos grupos, ou seja, aqueles que fazem parte do processo grupal, ou ainda devem ser realizados estudos voltados para descrever, por meio de observações diretas, como se dá, de fato, ou como ocorrem as relações e interações dentro do grupo, as resistências, os papéis, as ansiedades e o manejo do profissional dentro do processo grupal.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade mental psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP/APAL**, v. 14, p. 93-104, 1992.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. p. 169-178.

ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicologia USP [on-line]**. v.12, n.1. p. 135-152, 2001.

ANDRADE, L. H. et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, p. 45-53, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Col.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

AMARANTE P. et al. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. **Psicologia UTP [on-line]**. n. 4, jul. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2006.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Riviére à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 108-132.

BICCA, C.; PULCHERIO, G.; SILVA, F. A. **Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BION, W. R. **Experiências com grupos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Terapia cognitiva. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 187-212.

BRASIL. Portaria/SAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual do programa “De volta pra casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 728/SAS, de 9 de outubro de 2002. Inclui, na tabela SIA/SUS o procedimento de Oficina Terapêutica para pessoas com transtornos mentais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 set. 2004d. Seção 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados 4**. ano II, n. 4, ago. 2007a.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2007b.

BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Relatório da rede CAPS**. Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008b.

BRASIL. **Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004**. Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM - 2197.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2008c.

BRASILIANO, S. Grupos com drogadictos. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz C. (Col.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 229-239.

CAPPON, J. **El movimiento de encuentro em psicoterapia de grupo**. México: Trillas, 1978.

CARLINI, B. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: curso de capacitação para conselheiros. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. p. 50-63.

CARLINI, E. A. et al. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2002.

CÉSAR, J. M. **Processos grupais e o plano impessoal**: a grupalidade fora no grupo. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DA SESA. **Notícias**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=102574>. Acesso em: 15 jan. 2009.

DE BON, R.; KESSLER, F. Tratamento. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: curso de capacitação para conselheiros. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. p. 150-163.

DE LIMA, M. S. et al. A Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: na example of th inverse care law from Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v, 34, p. 316-322, 1999.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Regulação da Assistência. Núcleo de Normalização. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de gestão 2006**. Vitória, 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Regulação da Assistência. Núcleo de Normalização. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de gestão 2007**. Vitória, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas**: PPA 2010-2013 orientações aos gestores municipais. Vitória: SESA, 2009.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 6.769, de 25 de setembro de 2001. **Diário Oficial [do] Estado do Espírito Santo**. Vitória, set. 2001.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Política estadual de saúde mental 2004-2007**. Vitória: SESA, 2003.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P. **Ação cultural para a libertação e outros escritos**. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GARCIA, O. A. Psicodrama. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 203-229

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. B.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GONÇALVES, LÍlian. **Integralidade e saúde mental**. São Paulo: Minelli, 2008.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em grupo de apoio. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 134-140, set. 2001.

GUIMARAES, A. C. P. C. et al. Grupoterapia como modalidade de tratamento em ambulatório de saúde mental. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO LINGUAGENS EDUCATIVAS, 2., 2008, Bauru. **Anais eletrônicos...**São Paulo: USC, 2008.

LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Editora Cultrix, 1948.

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1965.

LOPEZ, A. D; MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med.**, v. 4, n. 11, p. 1241-1243, 1998.

MAFFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: uso e modos de intervenção terapêutica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 6. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1985.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARI, J. J. M. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A.F; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.

MARLATTI, A.; GORDON, J. R. **Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividade com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MELLO, V. R. **Grupo como dispositivo de promoção de saúde**. 2002. Monografia (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A.F; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELONI J. N.; LARANJEIRA R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, p. 7-10, 2004.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, M. L. S. et al. Avaliação de ações de saúde mental em cinco regiões do Estado de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde: Saúde Mental**, n. 45, p. 3-6, ago. 2008.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 2002

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 145-151, 1999.

OLIVEIRA, N. T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista Virtual Textos e Contextos**, n. 2, dez, 2003.

OLIVEIRA, M. S.; JAEGER, A.; SCHREINER, S. Abordagens terapêuticas no tratamento de dependência química. In: CAMINHA, R. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 193-210.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. OMS, 2001.

OSÓRIO, L. C. **Grupos**: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PINTO, C. C. C. Formação de psicoterapeutas de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 31-40.

PORTARRIEU, M. L. B.; TUBERT-OKLANDER, J. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 135-141.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins fontes, 2005.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KNAPP, P. Prevenção da recaída. In: RAMOS, S. P; BERTOLETE, J. M. (Col.). **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 38-42.

RAMOS, S. P. Grupoterapia com alcoolistas. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 297-308.

RAMOS, S. P. Grupoterapia para alcoolistas. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz C. (Col.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 219-227.

RASCH, S. S. **Viajantes em busca de saídas**: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas. 2005. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

REIS, R.; GARCIA, Maria Lúcia T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n.6, p. 1966-1974, 2008.

ROSSONI, C. G. **Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES**: da surpresa ao encantamento. 2006. Dissertação (mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

RUFATTO, A. T. O grupo como lugar de aprendizagem. **Vínculo**, v. 3, n. 3, p.37-45, dez. 2006.

SALVENDY, J. T. Seleção e preparação dos pacientes e organização do grupo. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-72.

SALZMAN, D. L. Didier Anzieu: notas para uma leitura de sua teoria sobre grupos. In: BAREMBLITT, G.; GATARRI, F.; LEITÃO, M. B. S. **Grupos**: teoria e técnica. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986, p. 127-135.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais em estudos epidemiológicos no Brasil: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. (No prelo).

SANTOS, E.G.; MACENTE, L. B.; SIQUEIRA, M. M. Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: uma interação multi, inter ou transdisciplinar?. **Ciência e Saúde Coletiva**.(No prelo).

SCHUCKIT, M. A. **Abuso de álcool e drogas**. Lisboa: Climepsi, 1998.

SERRA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano de Ação 2008**. Disponível em: <<http://www.serra.es.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

SILVA, Denise G. V. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 97-103, Jan./mar. 2003a.

SILVA, A. L. A. C. et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 11, p.18-24, 2003b.

SILVA, L. A. P. M. Contribuições de Bion à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Col.). **Grupoterapia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 57-63.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. **Enfermagem Atual**, n. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 4, p. 315-323, Dec., 2007.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

TELLES, P. R.; BUCHELE, F. Redução de danos. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: curso de capacitação para conselheiros. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008, p. 120-129.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODOC. **World Drug Report**. New York: United Nations, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Política de saúde mental de Vila Velha**. Vila Velha: Secretaria de Saúde, 2001.

VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D. **Manual de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Projeto do Centro de Tratamento de Toxicômanos de Vitória**. Vitória, 1989.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. **Política de Saúde Mental do Município de Vitória**. Vitória, 1999.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Col.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro-Guia de Entrevista

Título da pesquisa: Os grupos nos CAPSad do Estado do Espírito Santo.

Pesquisadora: Élem Guimarães dos Santos

Orientadora: Prof^a Dr^a Marluce Miguel de Siqueira

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

IDENTIFICAÇÃO		
Iniciais:	Gênero:	Idade:
Telefones de contato:	Tempo de Formação:	
e-mail:		
Formação Profissional:	Tempo que trabalha com grupos:	
Cargo que ocupa no CAPSad:		

ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA
1- Compreensão dos profissionais sobre o conceito de grupo:
a) O que você define por grupo como estratégia terapêutica utilizada no CAPSad?
b) Você gosta de realizar esses grupos? Por quê?
2- Descrição da abordagem teórico-metodológica adotada pelos profissionais nos grupos dos CAPSads:
c) Quais grupos você realiza dentro do CAPSad?
d) Fale um pouco como é cada grupo (população/usuários, metodologia)?
e) Você usa algum referencial teórico para lidar com grupos? Qual/Quais?
3- Descrição das dificuldades encontradas para a realização dos grupos nos CAPSads:
g) Quais as maiores dificuldades encontradas para a realização de cada grupo nos CAPSads?
h) Quais materiais de apoio você utiliza para realizar grupos?
4- Avaliação da percepção do profissional sobre sua preparação para realizar os grupos nos CAPSads:
i) Você se sente preparado para lidar com os grupos nos CAPSads? Por quê?
j) Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento para Participação na Pesquisa

“Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Projeto (título provisório): Os grupos nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas do Estado do Espírito Santo

Responsável: Élem Guimarães dos Santos

Orientadora: Prof^a Dr^a Marluce Miguel Siqueira

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo – UFES - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Objetivos e Justificativas: a pesquisa visa a conhecer o perfil da assistência prestada nos CAPSads do Estado do Espírito Santo, com enfoque nas atividades grupais. Considerando-se que o uso de álcool e outras drogas é uma realidade, e que as atividades grupais estão intrinsecamente ligadas ao processo de trabalho dos serviços que compõem a rede de assistência aos usuários álcool e outras drogas, torna-se necessário compreender os diferentes saberes, aportes teórico-técnicos utilizados nas ações assistenciais, buscando-se estratégias que verdadeiramente sejam preventivas, reabilitadoras e promotoras de saúde.

Descrição dos procedimentos: a responsável pela pesquisa dirigirá aos participantes uma entrevista semiestruturada que será gravada, se assim for permitido. A participação no estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Será assegurado anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes. Os dados coletados serão utilizados somente para fins acadêmicos. Fica assegurado aos participantes o acesso às entrevistas transcritas e ao relatório final aprovado, caso requeiram à pesquisadora. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer outras informações adicionais que julgar importantes para a compreensão e desenvolvimento da pesquisa e de minha participação poderão ser obtidas com o pesquisador responsável pelo telefone 9926-3424 ou pelo e-mail elemsantos@hotmail.com, ou ainda no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, telefone 3335-7211 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Identificação do Participante:

Nome: _____ RG: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias”.

Participante da pesquisa

Élem Guimarães dos Santos
Pesquisadora

_____, ____ de _____ de 2009.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Institucional

Vitória - ES, ____ de _____ de 2009.

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde

Encaminhamos a V. Sa, o nosso projeto de pesquisa intitulado “Os grupos nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas do Estado do Espírito Santo” (anexo) para apreciação dessa Secretaria e posterior emissão do Termo de Consentimento Institucional, para realizarmos a coleta de dados com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas do município de Serra.

Esclarecemos que o estudo faz parte da nossa dissertação de mestrado, a qual está sendo realizada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Prof^a Dr^a Marluce Miguel de Siqueira.

Ressaltamos, ainda, que os dados serão tratados com rigor ético, para fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e garantido o compartilhamento dos resultados da pesquisa com essa Instituição, após a sua aprovação.

Instituição de Ensino: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Marluce Miguel de Siqueira

Pesquisador(a): Élem Guimarães dos Santos

Título da pesquisa: Os grupos nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas do Estado do Espírito Santo.

Especificação da pesquisa: Mestrado em Saúde Coletiva

Telefones para contato:

(27)9926.3424 (Élem) e (27)3335.7492 (Prof^a Marluce)

Atenciosamente,

Élem Guimarães dos Santos
MESTRANDA

Prof(a) Dra Marluce Miguel de Siqueira
ORIENTADORA