

# Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>1</sup>

Vitor Corrêa Detomini<sup>a</sup>, Renata Bellenzani<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Uberlândia, MG, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/CPAR, Paranaíba, MS, Brasil.

**Resumo:** A literatura aponta a escassez de estudos que descrevem experiências práticas de participação social, embora, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), o tema seja valorizado em trabalhos teórico-conceituais. Especificamente em saúde mental, há poucos trabalhos e, de modo geral, estes valorizam o engajamento dos usuários na gestão como parte da reabilitação psicossocial. Assim, apresenta-se uma experiência de um CAPS, em Mato Grosso do Sul, para discutir a questão da participação social na qualificação da assistência, conforme as legislações e normas técnicas. Utilizam-se dois tipos de fontes: 1) Relatório Final de Estágio de um Acadêmico de Psicologia de uma universidade pública, que compila 54 sessões de um grupo de apoio; 2) documentos técnico-legais concernentes ao SUS e às Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Humanização. Os aspectos assistenciais foram analisados à luz dos respaldos técnico-legislativos, focando demandas e reclamações emergentes na conversação grupal, classificadas nas categorias *estrutura* e *processo*, utilizadas para avaliação de qualidade de serviços de saúde. Em sua maioria, os aspectos constavam em Portarias e Normas. Efetivar a participação social não era uma premissa institucional e, dentre os principais entraves, estavam o modelo ambulatorial/médico-centrado e as representações dos “loucos”/“usuários de CAPS” como incapazes. Fazem-se necessários: i) integrar “clínica” e “política”; ii) intensificar o cuidado interdisciplinar e psicossocial; iii) respeitar a cidadania dos usuários de saúde mental e, finalmente, iv) que os espaços coletivos de participação não se esgotem em si mesmos. É necessário, portanto, que os espaços coletivos de participação derivem em encaminhamentos práticos, a fim de aprimorar as estruturas e os processos de trabalho, contemplando solicitações legítimas dos usuários.

**Palavras-chave:** *Participação Social, Políticas Públicas de Saúde, Legislação, Saúde Mental.*

## Building social participation with a support group users: challenges of care qualification in a Psychosocial Care Center (CAPS)

**Abstract:** The literature points out a lack of studies describing practical experiences approaching the role of social participation, even though, the subject Brazilian Health System (SUS) as a principle is valued by theoretical-conceptual works. The lack of studies is especially observed in mental health care services, where the existing studies focus on the users' management engagement as part of psychosocial rehabilitation. Thus, this article introduces an experience developed in a Center for Psycho-Social Attention (CAPS), in the state of Mato Grosso do Sul, aiming to address the issue of social participation in care qualification, in accordance to legislation and technical standards. This study focused on two types of sources. 1) Internship Final Report of a Psychology Student including 54 sessions of a support group, 2) technical and legal documents concerning the SUS and the National Mental Health Policy and Humanization.

The service aspects were analyzed through technical and legislative foundations - focusing the needs and claims on group discussions, classified as *structure and process*, used to assess the health care quality. Most concerns were listed on normative Ordinances and Regulations. Achieving social participation was not an institutional premise and, among the main difficulties was the medical/outpatient centered model and the representation of “crazy”/“CAPS users” as incapable. It requires: i) integration of “clinic” and “politics”; ii) intensification of interdisciplinary and psychological care; iii) respect the citizenship of mental health users, and, finally, iv) that the collective participation spaces do not exhaust themselves. Therefore, the collective participation spaces need practical recommendations in order to improve the structures and work processes and meet the users’ needs.

**Keywords:** *Social Participation, Health Public Policy, Legislation, Mental Health.*

## 1 Introdução

O SUS se sustenta numa concepção de política pública na qual o Estado se organiza para oferecer respostas aos problemas sociais dos cidadãos, cujos direitos foram historicamente conquistados (BRASIL, 2004a; CONSELHO..., 2013).

A Constituição Federal (BRASIL, 2012) determina a participação dos usuários do SUS no planejamento, no controle das práticas de atenção e até mesmo na gestão dos dispositivos institucionais (BRASIL, 2009; YASUI; COSTA-ROSA, 2008). A Lei Federal n.º 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990), orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, para operacionalizar a participação social (BRASIL, 2004a, 2009).

Nos últimos 30 anos, as Políticas Públicas em Saúde Mental no SUS – inspiradas em valores, como direito do usuário à liberdade, reinserção social, humanização dos cuidados e resgate da cidadania – vêm sendo implementadas sob o respaldo de Leis, Portarias e outras regulamentações. Estas repercutiram na criação de novos serviços públicos, em mudanças na própria legislação, e produziram inovação das práticas clínicas, com importante apoio na interdisciplinaridade e no fomento à participação social (AMARANTE, 1998; CAMPOS; ONOCKO-CAMPOS; DEL BARRIO, 2013).

Dentre os novos serviços públicos, a inovação principal é a atenção ofertada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pela rede de serviços de base comunitária. Os CAPS são os principais serviços para operar a mudança do modelo hospitalocêntrico, predominante até os anos 1980, para o modelo comunitário de atenção em saúde mental (BRASIL, 2007). Estratégicos, são locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e/ou persistentes que justifiquem sua frequência num serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007; LEÃO; BARROS, 2012).

Além dos dispositivos formais de participação/ controle social, como os Conselhos de Saúde, nos CAPS, especificamente, é incentivada a prática das assembleias como um importante espaço de participação dos usuários, “[...] capaz de fomentar momentos de protagonismo [...]” (COSTA; PAULON, 2012, p. 581).

A integração das práticas de participação social com as práticas assistenciais grupais é fundamental para a garantia de direitos e superação do desamparo desestruturante de uma instituição; é a “[...] união entre o terapêutico e o político [...]” (GASTAL; GUTFREIND, 2007, p. 1842).

É por meio dessa participação que se torna possível o conhecimento, pelos profissionais, das relações sociais que as pessoas atendidas estabelecem em sua comunidade. Logo, vê-se sua importância para o planejamento de intervenções que reduzam os “[...] impactos causados pelo estigma, preconceito e discriminação em relação aos transtornos mentais [...]” (MOURA et al., 2014, p. 269).

A formação de espaços coletivos para o exercício da participação social, além de possibilitar a restauração dos laços sociais dos usuários, representa oportunidades de as ações transcenderem as dimensões técnicas e ganharem um sentido verdadeiramente terapêutico (GASTAL; GUTFREIND, 2007).

Vê-se, assim, a importância de os usuários serem chamados a participarem das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço e o seu funcionamento geral (BRASIL, 2004d, 2004e), por meio de espaços dialógicos de explicitação de demandas, reivindicações, opiniões e problemas. Em tese, a participação social impulsionaria um processo de qualificação constante da atenção ofertada pelo SUS.

Na prática, ainda são muitos os problemas para o funcionamento efetivo dos CAPS e da rede substitutiva como um todo, no país. Na visão de Mateus e Mari (2013, p. 44), a assistência em saúde mental no Brasil se apoia sobre uma política híbrida, ou seja, aspectos do modelo hospitalocêntrico, ainda

não superados, historicamente convivem com as transformações emergentes do modelo comunitário. Isto é um complicador no processo de implantação de novas políticas ou modelos de atenção em saúde ao longo da história do SUS, marcada por “[...] valores e princípios por vezes contraditórios ou ambivalentes [...]”, que explicitam as divergências entre atores e grupos sociais.

Revisão sistemática sobre participação social e saúde no Brasil (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014) aponta que o tema ainda é pouco pesquisado. Foram analisados 25 trabalhos, havendo o predomínio de estudos teórico-conceituais em detrimento de estudos descritivos sobre experiências práticas de fomento à participação social. Sobre o tema da participação de usuários na qualificação dos serviços e das práticas de cuidado no contexto dos CAPS, ou da saúde mental, são encontrados alguns trabalhos, dentre os quais estão Gastal e Gutfreind (2007), Mello e Furegato (2008) e Guimarães et al. (2010).

Assim, o presente artigo aborda o tema da participação social, especificamente no âmbito dos CAPS. Ou seja, a participação de usuários de serviço de saúde mental na construção do modelo de atenção preconizado pelas legislações do SUS, principalmente aquelas relativas à Área Técnica de Saúde Mental.

O tema emergiu de uma experiência prática no âmbito das atividades de Estágio Curricular em Psicologia e Processos de Saúde, do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), desenvolvida no CAPS I de Paranaíba-MS. Os registros escritos de 54 sessões semanais de um grupo de apoio para depressão, reunindo estagiários e usuários do CAPS<sup>3</sup>, objeto desse trabalho, foram compilados em um extenso e detalhado relatório final, correspondente ao período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2013.

O presente estudo caracteriza-se, portanto, como um relato de experiência embasado por dois tipos de fontes documentais: a primeira, o supramencionado Relatório Final de Estágio de um dos acadêmicos, supervisionado por uma Docente Psicóloga<sup>4</sup>. A segunda fonte, de caráter técnico-normativo, são documentos técnico-legais concernentes: a) à Política Nacional de Saúde Mental; b) à Política Nacional de Humanização; c) ao SUS, de modo geral, incluindo diretrizes técnicas, Decretos, Portarias e Leis. Estes foram prospectados em coletânea de legislações sobre saúde mental (BRASIL, 2004a), no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) em geral e, principalmente, na base de dados Saúde Legis (Sistema de Legislação da Saúde) (BRASIL, 2014b).

Para a análise do relatório e dos documentos técnico-legais, os autores apoiaram-se na pesquisa documental. Esta se vale de materiais que ainda não foram analisados profundamente e visa selecionar, tratar e interpretar informações brutas, para extrair delas algum sentido, conferindo às mesmas algum valor. A pesquisa documental possibilita que outros atores se valham dessas informações para desempenhar papéis e funções semelhantes (SILVA; GRIGOLO, 2002). Justifica-se a pesquisa documental nas Ciências Humanas e Sociais por esta ampliar a compreensão de objetos que necessitam de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009), de acréscimo da dimensão do tempo à compreensão do social, favorecendo a observação de processos de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros aspectos (CELLARD, 2008).

## 2 Uma atividade grupal: integrando a participação social ao “terapêutico”

Dentre as várias práticas que compunham o Plano de Estágio de Psicologia da UFMS no CAPS, realizou-se o denominado *grupo de apoio a pessoas com depressão*. Essa atividade acontecia semanalmente, tendo-se iniciado em fevereiro de 2012 e encerrado em julho de 2014. Fora planejada para atender à demanda crescente de pessoas no serviço, consideradas “casos de depressão”. Pode-se descrevê-la como uma modalidade de grupo aberto (recebe novos participantes, maiores de idade, a cada encontro, por encaminhamento ou chegada espontânea), não diretivo (os facilitadores não definem etapas ou tópicos *a priori*), com duração de duas horas. O objetivo central era criar um ambiente comunicacional de livre conversação, cuja dinâmica fosse de complementação das falas e ideias pelos participantes, incluindo os estagiários (sempre havia de dois a três destes). A perspectiva teórico-metodológica predominante na concepção e no desenvolvimento da atividade foi o construcionismo social aplicado à prática grupal em Psicologia (GUANAES, 2006; RASERA; JAPUR, 2007)<sup>5</sup>.

Os encontros se iniciavam com os cumprimentos e o contrato<sup>6</sup>, quando os facilitadores solicitavam que o grupo relembresse “os acordos” e os explicassem aos participantes recém-chegados. Em seguida, iniciavam-se as apresentações – nome, idade, motivos e expectativas que os traziam ao grupo –, que não só era uma forma de acolher e integrar os participantes

que vinham pela primeira vez (a minoria, pois boa parte dos usuários tinha presença contínua) como também o ponto de partida para a conversação. Frisava-se o valor da espontaneidade e da informalidade da conversa, a não obrigatoriedade de falar, a não existência de qualquer sequência definida entre os participantes, que organizasse o fluxo das falas. Seguiam-se, então, o desenvolvimento propriamente da conversação grupal e a fase de encerramento e encaminhamentos. Os estagiários/facilitadores tinham participação bastante ativa, faziam perguntas, incentivavam a problematização e complementavam informações.

Nos primeiros meses da atividade, as conversas tinham uma forte conotação médico-diagnóstica, ou seja, os participantes se expressavam muito a partir de relatos pessoais e indagações referentes às suas queixas somáticas, dores, sintomatologias e limitações, cujas expectativas de soluções centravam-se nos aparatos médico e farmacêutico. Compartilhava-se a crença de que as pessoas são acometidas pela depressão como são acometidas por um resfriado, ou seja, fortuitamente. Era secundário o sentido de que *estar deprimido* poderia ser consequência de percalços da vida, das experiências sociais, o que era colocado em questionamento pelos facilitadores. Com o tempo, a problematização de tais experiências se intensificou, o que foi bastante positivo do ponto de vista psicossocial e psicoeducativo, com os participantes se expressando com mais autonomia e crítica sobre a realidade. A identidade e a coesão grupal se intensificaram e as pessoas pareciam muito à vontade para partilharem histórias de vida, acolhendo-se mutuamente. Muitos se referiam ao grupo ou aos colegas participantes como *quase da família* ou *minha única família*.

Ao longo do tempo, identificou-se um movimento peculiar no processo grupal, ponto de partida para reflexões delineadas neste trabalho. Ocorreu um alargamento do escopo da finalidade da atividade e do teor predominante das conversas. Progressivamente, o espaço dialógico produzido pelo grupo se tornou uma oportunidade de os usuários se expressarem não somente sobre suas experiências sociais relacionadas aos sofrimentos, mas também a respeito do que pensavam sobre o próprio serviço, a equipe de profissionais e estagiários. Começou-se a se produzir o sentido de que o *sentir-se melhor emocionalmente* teria relação tanto com o modo de lidar com as questões da vida cotidiana como com o que (não) obtinham no serviço, por direito, enquanto usuários do SUS. Tecnicamente falando, a relação entre qualidade do cuidado e bom prognóstico em saúde mental.

Assim, entremeadas às conversas sobre vivências psicológicas, familiares e comunitárias, também se produziram conversas em torno de avaliações, críticas, solicitações e expectativas dos usuários sobre os próprios tratamentos e sobre o funcionamento geral do serviço.

Às vezes, o enfoque “mais terapêutico” do grupo chegava a ficar aparentemente secundário, quando ele ganhava formas semelhantes às de uma assembleia ou reunião de usuários desejosos de serem escutados e de *ter voz* no serviço, como alguns diziam. Explicitava-se, assim, uma vocação complementar deste grupo de apoio: a de criar um ambiente incentivador à participação dos usuários nos rumos da assistência que lhes era ofertada. Emergiam nas conversas avaliações positivas, mas principalmente solicitações e críticas sobre a instituição, no atendimento, ou não, de suas demandas. Isso possivelmente ocorreu pelo fato de essa ser a única atividade grupal de conversação, realizada regularmente em dia e horário fixos, entre usuários, estagiários e, algumas vezes, profissionais da equipe<sup>7</sup>. Não era uma prática usual realizar assembleias periódicas e não havia um conselho gestor constituído. Por insistência dos estagiários e dos usuários, foram organizadas três assembleias como parte das atividades do plano de estágio. Assim, embora o grupo de apoio tivesse objetivos terapêuticos, o mesmo teve seu escopo de pautas ampliado pelos próprios participantes, porém não se descaracterizando por completo. Logo, nem institucionalmente, nem para os usuários, o mesmo se converteu em assembleia<sup>8</sup>.

### 3 Quais críticas e reivindicações emergiram no grupo de apoio e como foram analisadas?

As sessões grupais compiladas no Relatório de Estágio foram analisadas, buscando-se responder, inicialmente, a três questões gerais: a) Sobre o que versavam as principais críticas e reivindicações dos usuários?; b) O que dificultava a construção da participação dos usuários?; c) Quais são as normatizações referentes às demandas/questões apresentadas pelos usuários?

Para uma primeira sistematização, os aspectos abordados no grupo de apoio foram agrupados em duas categorias: aspectos de *estrutura* e aspectos de *processo*, frequentemente utilizadas em estudos da área de avaliação de qualidade dos serviços de saúde (NEMES, 2001).

A primeira categoria se refere à estrutura física do serviço e aos insumos necessários ao seu funcionamento



adequado, como, por exemplos, fornecimento de alimentação, recursos materiais e humanos, ambiência, limpeza, etc. A segunda categoria se refere aos processos de trabalho e de organização do fluxo de atendimento, como, por exemplos, reuniões de equipe; acolhimento; comunicação entre profissionais e usuários; práticas assistenciais, tais como oficinas e consultas; espaços formais e informais de participação social (assembleias, conselhos gestores, reuniões de usuários e profissionais).

Após essa primeira sistematização, os aspectos classificados em *estrutura* e/ou *processo* foram verificados em legislações e documentos norteadores, a fim de identificar em que medida os mesmos eram objetos de recomendações técnicas, Leis, Decretos e Portarias Ministeriais. Com base nas demandas, reivindicações e reclamações expressas pelos usuários sobre os diversos aspectos relativos à *estrutura* e ao *processo*, buscaram-se documentos que oferecessem respaldo técnico e legislativo especificamente a cada um.

Como afirmam Campos e Onocko-Campos (2000, p. 89), “[...] não se faz ciência ignorando o próprio interesse e subjetividade, mas a partir da análise crítica da própria posição no campo”. Portanto, as duas etapas – a análise do relatório e a prospecção de documentos oficiais – constituíram formas de aproximação, caminhos metodológicos, que combinaram a descrição de fatos empíricos com sua análise crítica, embasada por documentos oficiais, sem negar, no entanto, o contexto intersubjetivo em que esses fatos se produziram.

### 3.1 As principais questões de estrutura no serviço

Dentre os principais questionamentos e reclamações dos usuários na categoria *estrutura*, emergiu a falta de recursos humanos em número adequado, nos dois turnos de funcionamento, para a manutenção regular de determinadas atividades grupais ou de atendimentos individuais.

A equipe do CAPS era composta por muitos profissionais que trabalhavam em regime de contratos temporários, renovados periodicamente. Assim, eram comuns fases em que alguns cargos estivessem sem o respectivo profissional, além da alta rotatividade de profissionais, principalmente em fases de troca de mandatos de prefeitos. A falta de estabilidade na área de recursos humanos impactava, principalmente, a regularidade das oficinas, como também o acesso a atendimentos individuais de Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional e

Serviço Social. Logo, as atividades coletivas eram as que mais sofriam prejuízos. Eram escassas e sazonais, prejudicadas adicionalmente pela falta de abastecimento regular de materiais para atividades de artesanato e artes – questão muito abordada no grupo e geradora de significativa insatisfação. Eram poucos os profissionais que realizavam as oficinas, geralmente os trabalhadores de Nível Médio, que reclamavam de sobrecarga, falta de condições adequadas para trabalhar e de capacitação para lidar com questões assistenciais de maior complexidade.

Discursos como estes, expressivos de queixas acerca das condições de trabalho nos serviços de saúde mental – baixos salários, entraves na realização de projetos, falta de recursos e espaços para troca de informações –, não são incluídos, na maioria das vezes, em relatórios oficiais dos gestores. Revelam, por sua vez, a falta de investimentos “[...] com vista à consolidação e à qualificação da atenção [...]” (SAMPAIO et al., 2011, p. 4.692). O despreparo dos profissionais de serviços de saúde mental, que lidam com usuários de saúde mental, pode gerar, nesses profissionais, sentimentos de culpa e frustração (MELLO; FUREGATO, 2008).

Concomitantes à falta de profissionais no serviço, as suas jornadas de trabalho (a maioria, de 20 horas semanais), o horário geral de funcionamento do CAPS e a falta de atividades em determinados horários, sobretudo no turno da tarde, também eram alvos de críticas e de solicitações por mudanças. Principalmente as pessoas que tinham dificuldade de transporte se queixavam da falta de atividades nos horários em que elas tinham condições de frequentar o serviço ou da concentração de atividades em determinados horários.

Sobre os fatores citados, a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 126), versa sobre as modalidades de CAPS e sobre como deve funcionar cada unidade, determinando que o CAPS do tipo I “[...] funcionará no período de 8 às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana [...]”, o que não ocorria no serviço em questão.

Com relação aos recursos humanos, a Portaria preconiza, também, a equipe mínima necessária. Embora não determine a jornada de 40 horas, afirma que a população não pode ficar desassistida durante o horário de funcionamento do serviço.

É dever dos gestores e dos profissionais do CAPS organizar o processo de trabalho de modo a garantir que, durante todo o período de funcionamento do serviço, os usuários e seus familiares possam ser acolhidos, seja quando encaminhados por outros

serviços de saúde, por instituições de naturezas e áreas diversas, ou, ainda, quando se trata de demanda espontânea (CONSELHO..., 2013).

Outra questão que gerava muita insatisfação nos usuários era a baixa qualidade da alimentação oferecida; no caso, marmitas individuais, além da forma como essas eram disponibilizadas. Eles se sentiam desrespeitados pelo fato de as embalagens das marmitas estarem parcialmente abertas quando lhes eram entregues. Em entrevistas com usuários de um CAPS, Mello e Furegato (2008) também identificou a má qualidade da alimentação como uma crítica dos usuários. Isto sugere, segundo o autor, que o entendimento dos usuários sobre a atenção em saúde que lhe é ofertada vai além da oferta de medicação, incluindo suporte social e psíquico.

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ter a capacidade de oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada usuário no serviço, sendo que os “[...] assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias [...]” (BRASIL, 2004a, p. 127).

No CAPS local, havia-se instituído uma regra geral de que os usuários deveriam participar de todas as atividades de um período para terem direito à alimentação. O problema nesta regra era a obrigação imposta, a qual se condicionava o direito à alimentação. A insuficiente oferta de oficinas terapêuticas, por falta de materiais e de profissionais em número adequado, ou tecnicamente preparados para desenvolvê-las, inviabilizava o cumprimento da regra instituída, ou seja, a participação exigida nas oficinas.

As oficinas são “[...] a principal forma de tratamento oferecido nos CAPS [...]” (BRASIL, 2004d, p. 20) e podem ser oferecidas por profissionais de Nível Superior ou Médio. Os usuários que optavam por não participar do grupo de apoio, por exemplo, não tinham nenhuma outra atividade alternativa, no mesmo dia e horário. O trabalho de Mello e Furegato (2008) também descreve essa demanda por parte de usuários e familiares, que indicaram, como problema no serviço, a falta de atividades práticas, profissionalizantes e oficinas variadas.

Outra crítica dos usuários, também descrita por Mello e Furegato (2008), foi a falta de medicamentos na rede pública de saúde. Observou-se que o abastecimento de medicamentos aos usuários do CAPS e da rede de saúde de Paranaíba-MS era frequentemente interrompido.

A Portaria n.º 1.077, de 24 de agosto de 1999 (BRASIL, 2004a), assegura medicamentos básicos para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que oferecem atenção em saúde mental e ainda institui um aporte regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental.

Também incluídos na categoria *estrutura* e bastante frequentes nos relatórios, foram os aspectos de ambiência do serviço. Ambiência diz respeito ao espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humanizada. Compõem-na: a morfologia do local, que corresponde a forma, dimensão e volume dos cômodos; iluminação; cheiro; som; sinestesia; arte; cor; tratamento das áreas externas do serviço; respeito à privacidade e individualidade, e confortabilidade (BRASIL, 2010b).

O imóvel alugado onde funcionava o CAPS I era residencial e seus cômodos foram adaptados para o funcionamento de um serviço de saúde. A sala de espera era abafada e com pouca claridade. Da academia de ginástica que funcionava ao lado, provinha música em alto volume, o que interferia nas atividades do serviço. Faltavam profissionais de serviços gerais e manutenção, o que comprometia a limpeza do serviço. Frequentemente, a área onde a sessão do grupo de apoio era realizada estava suja, exigindo que usuários, estagiários e profissionais limpassem-na para que houvesse condição mínima de utilização.

Após eleição de novo prefeito, o CAPS I foi transferido para outro imóvel. Embora o espaço fosse maior, favorecendo a realização de oficinas, grupos e demais atividades com os usuários, a oferta desses atendimentos não aumentou substancialmente.

### 3.2 As principais questões do processo de trabalho no serviço

As críticas e demandas dos usuários, referentes à categoria processo, se dirigiam, em sua maioria, às posturas dos trabalhadores na interação com eles, a alguns procedimentos e fluxos de ações que geravam descontentamento. Por exemplo, eram frequentes as reclamações sobre falta de disponibilidade de determinados profissionais em escutá-los, em conversar em momentos que precisassem, sem que houvesse um atendimento previamente agendado. O modelo predominante era de atendimentos conforme agenda do profissional (ambulatorial),

não seguindo plenamente a diretriz do acolhimento (BRASIL, 2010a).

Alguns usuários que frequentavam o serviço pelas primeiras vezes queixavam-se de falta de informações sobre como seriam cadastrados no CAPS e como seriam atendidos, e afirmavam estarem *um pouco perdidos*. Na conversa, identificou-se que alguns deles aguardavam a definição de qual profissional faria a *minha triagem* ou o *meu acolhimento* em dia e horário ainda não informados.

Boa parte das reclamações na categoria *processo* versava sobre aspectos ligados à humanização da atenção, à comunicação entre profissionais e usuários, e ao acolhimento (BRASIL, 2004b, 2010a). As questões mencionadas referiam-se às posturas profissionais de se aproximar dos usuários, de se dirigir a eles, inclui-los e integrá-los às atividades e à rotina do serviço.

O acolhimento é tido como uma das mais importantes diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010a). A Portaria n.º 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) descreve o CAPS como um serviço de atenção às pessoas com transtornos severos ou persistentes que, necessariamente, teriam preferência no atendimento. Quando um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico atua, predominantemente, com filas de espera e lista de agendamento, ou seja, atendimentos somente agendados previamente em vez de um sistema aberto com múltiplas atividades, o serviço estaria se descaracterizando em relação à legislação.

Sobre o modelo geral de atenção no CAPS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) preconiza que se deve ampliar o escopo das práticas clínicas e de atenção integral à saúde. Isso depende, fundamentalmente, de serem construídos novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

O envolvimento da população nos processos de avaliação e decisórios, almejado desde a criação do SUS, se organiza pela diretriz da participação/control social, dentre outras (BRASIL, 2004a). Especificamente na área de saúde mental, as Portarias Federais (n.º 224 e n.º 336) (BRASIL, 2004a) regulamentam o funcionamento de todos os serviços da área. A organização dos serviços deve seguir os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, além da ênfase na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução (BRASIL, 2004a).

### 3.3 Encaminhamentos em assembleias: o que desencadearam as reivindicações produzidas no grupo de apoio?

No âmbito da prática de estágio, que suscitou o presente estudo, a postura dos facilitadores do grupo de apoio e da docente supervisora foi a de incentivar o diálogo e as reflexões em torno das questões trazidas, além de apoiar os usuários na restituição de seus direitos. Isso exigiu o compromisso dos atores da universidade com a proposição e o apoio às mudanças junto à equipe, à coordenação e à Secretaria Municipal de Saúde, cujo detalhamento de todas as ações empreendidas extrapola os limites deste trabalho.

Contribuir para a conscientização política dos usuários dos serviços de saúde pressupõe incentivar coletivos à participação ativa por meio de reivindicações e luta por direitos. A reflexão crítica e constante sobre a prática da participação popular não pode ser abandonada (COELHO, 2012; GUIMARÃES et al., 2010).

Esse tipo de postura política assumida pela universidade, no entanto, não era “bem vista” pela maioria dos profissionais, pois alguns pareciam se sentir ameaçados, embora outros a avaliassem positivamente.

O que mais se tentou foi levar as questões discutidas no grupo ao conhecimento da coordenação e da equipe, entendendo que as reuniões de equipe seriam os momentos mais adequados para tanto. Porém, como estas aconteciam irregularmente ou não aconteceram por períodos longos, algumas tentativas de articulações foram feitas com cada profissional, com a coordenação e por meio do envolvimento dos estagiários com a organização das assembleias.

Em três dessas assembleias, se destacaram as queixas dos usuários a respeito de novos critérios de alta que estavam sendo colocados em prática pela equipe, gerando dúvidas e insatisfações dos usuários. Eles puderam fazer perguntas e se expressar a respeito, questionando o modo abrupto pelo qual, na visão deles, as altas estavam sendo conduzidas. Além disso, se manifestaram insatisfeitos, alegando que percebiam uma tendência da equipe em dar alta àqueles que *falavam demais* ou *reivindicavam coisas demais*.

Frente aos questionamentos dos usuários relacionados à *falta de acolhimento* e à *falta de comunicação dos profissionais com os usuários*, os profissionais presentes na assembleia se pronunciaram didática, porém genericamente, valorizando diretrizes técnicas da

política nacional de saúde mental. No entanto, após a conversa, não foram pactuadas mudanças ou deram-se encaminhamentos das questões.

Outro ponto discutido foi a falta de recursos financeiros para aquisição de materiais para as oficinas, quando se acordou a realização de um bazar cuja renda seria destinada para tal. Formaram-se equipes de trabalho, elaborou-se um cronograma, porém a atividade não foi realizada.

Sobre a má qualidade da alimentação e o fato de as marmitas serem entregues parcialmente abertas, os usuários decidiram ir até a Secretaria Municipal de Saúde, solicitar uma reunião ou levar a questão ao Conselho Municipal de Saúde. O movimento não teve prosseguimento. Depois de alguns meses, após reclamações da coordenação à prefeitura, mudou-se o fornecedor das marmitas; as reclamações diminuíram, porém, não cessaram.

Também foi levantada, durante as assembleias, a questão da regra institucional sobre o condicionamento da alimentação à participação em todas as atividades do turno. Compreendida, coletivamente, a impossibilidade de a regra ser mantida frente à insuficiente capacidade de atendimento individual por ausência de profissionais de determinada especialidade, em determinado turno, ou frente à escassez na oferta de atividades grupais, acordou-se que medidas seriam tomadas pela equipe para dirimir tais problemas. Algumas oficinas adicionais foram ofertadas, porém interrompidas em momento posterior, em função de encerramento de contratos temporários dos profissionais oficinairos e/ou do remanejamento de profissionais para outros serviços.

Os usuários também reivindicaram a participação de seus representantes nas reuniões de equipe; porém, nas poucas reuniões que aconteceram, não se soube de nenhum usuário que tenha sido convidado a participar.

#### **4 A que se devem as dificuldades na efetivação da participação social e na produção das mudanças?**

O princípio do controle social em saúde mental é proposto mediante a participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental nas questões assistenciais, de gestão dos serviços e da rede de saúde mental (BRASIL, 2002; GUIMARÃES et al., 2010). Parte-se da ideia de que este princípio auxiliaria na apropriação, pelos usuários, de sua saúde, e na

formação da consciência sanitária, que se estenderia às demais questões psíquicas e sociais.

Algumas hipóteses levantadas pelos autores do presente estudo podem auxiliar na compreensão dos aspectos que dificultam consolidar a participação dos usuários na direção das mudanças necessárias para o cumprimento pleno da legislação e das normas técnicas relativas às questões de *estrutura* e de *processo* levantadas neste trabalho. Obviamente, a insuficiente participação/controlado social nos serviços do SUS, especialmente na saúde mental, não responde sozinho pela baixa qualidade assistencial. O objetivo, aqui, é tão somente auxiliar o entendimento da realidade de outros CAPS no Brasil, em que são igualmente insuficientes as condições para o exercício contínuo do direito dos usuários à participação social. As hipóteses são as seguintes:

a) A representação social dos usuários de saúde mental como “loucos” ainda é bastante forte, mesmo em instituições públicas especializadas, o que coaduna com a prerrogativa imaginária de que eles não possuem discernimento suficiente para reconhecer problemas e formular avaliações;

b) O modelo ambulatorial predominantemente médico-centrado dificultaria a organização mais flexível e criativa do serviço, para acolher as pessoas independentemente de agendamentos prévios e para criar atividades e espaços coletivos de diálogo, como as assembleias, por exemplo. Esse modelo não responde adequadamente às necessidades sociais e de saúde da população (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). A necessidade do trabalho interdisciplinar em substituição ao modelo médico-centrado tem sido ressaltada pelos trabalhos acadêmicos sobre CAPS. É “[...] de extrema importância que os profissionais adotem um posicionamento de constante aprendizagem e percebam que toda a equipe do CAPS deve estar envolvida e ser capaz de trocar saberes e informações [...]” (SOUZA; RIBEIRO, 2013, p. 97). É necessário que um modelo de atenção à saúde respeite – e procure se adequar – a realidade do serviço e de sua clientela. A lógica da atenção dos CAPS é a de um sistema aberto e acolhedor, que se realiza em parceria com os usuários, em um processo de co-gestão, de responsabilidades mútuas (BRASIL, 2009).

c) A insuficiência de profissionais da equipe e da gestão com perfil afinado com a reforma psiquiátrica e com as políticas públicas de saúde limita a permeabilidade institucional para incorporar práticas e discursos mais progressistas e tecnicamente mais qualificados, cujos representantes, muitas vezes, são estagiários e docentes das universidades instaladas nos municípios;



d) Pode ocorrer uma desvalorização cultural do serviço como um todo, através de uma má gestão, sobretudo na esfera municipal, com a complacência das esferas estadual e federal, de usuários e da população. Na avaliação dos autores, o cenário político local que ensejou o presente trabalho não é favorável, tampouco incentivador, à formação de coletivos de usuários com participação crítica no SUS. Isso não costuma ser incentivado por determinadas gestões, na intenção de coibir ou de não fomentar processos sociais emancipatórios de segmentos de usuários e da população, evitando dar visibilidade às falhas e irregularidades das administrações públicas.

A não valorização das instâncias de participação social por administrações públicas está dentre os “[...] resquícios dos regimes de governos autoritários, ainda presentes em algumas gestões contemporâneas que entendem ou encaram os espaços de participação social como meras formalidades da legislação em vigor [...]” (GUIMARÃES et al., 2010, p. 2021).

## 5 Considerações finais

As questões discutidas a partir deste relato de experiência apontam para a indissociabilidade da dimensão político-participativa em relação à dimensão terapêutica dos modelos de atendimento e das práticas de gestão. Segundo Campos (2006, p.26), é importante “[...] reconhecer que uma das finalidades principais da política, gestão e trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social”.

Os desafios para um novo modelo de atenção à loucura requerem processos de gestão que pressuponham essa indissociabilidade, além da “[...] complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, que estão articulados especialmente com a produção de outros modos de existência [...]” (ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 313).

O princípio da participação/controle social deve ser valorizado e operacionalizado no dia a dia dos serviços do SUS, na relação serviço-equipe-usuários (BRASIL, 2009). Não deve, portanto, se restringir às instâncias formais previstas pelo SUS, embora estas sejam de extrema relevância, como conselhos, ouvidorias, etc, mesmo porque “[...] embora previstos em lei, os mecanismos de participação social ainda se desenvolvem de forma tímida, insatisfatória [...]” (GUIMARÃES et al., 2010, p. 2120).

No caso da experiência relatada, foi possível, embora não suficiente para mudanças substanciais, valorizar as avaliações e críticas dos usuários expressas num ambiente terapêutico. Ao incentivar e não coibir

conversações “mais politizadas”, como ocorreu neste grupo de apoio, é fundamental que os serviços tomem cuidado para que as atividades não “se esvaziem”, o que tende a ocorrer quando as solicitações dos usuários não são escutadas e atendidas.

Se medidas não forem tomadas para que os usuários vivenciem as mudanças a partir de suas reivindicações, os espaços de conversação criados estarão sob o risco de perderem seu prestígio e legitimidade, ou seja, seu valor simbólico na instituição. Se “nada melhora”, a partir desses espaços, o que os manteria vigorosos? Outro desafio é integrar as conversas pessoais – o enfoque terapêutico – com as demandas coletivas – o enfoque político-participativo – sem que as atividades se transformem em “ouvidoria” ou “serviço de reclamação”.

Este trabalho não pretendeu compor diretrizes para um bom funcionamento dos CAPS e da assistência em saúde mental, pois estas já existem. Nem, tampouco, apontar culpados por possíveis falhas. Em situações de não cumprimento às diretrizes técnicas e de grave desrespeito à legislação do SUS e à legislação específica de Saúde Mental, é necessário buscar os canais instituídos para a responsabilização legal das administrações e a reversão do cenário negativo. É necessário, também, buscar estratégias de superação das fragilidades da legislação em questão, que possam consolidar as práticas de participação da sociedade civil (GUIMARÃES et al., 2010).

O direito dos usuários de saúde mental de participar das decisões que afetam o funcionamento dos serviços tem amplo respaldo na legislação. Se gestores estaduais e municipais, juntamente com as equipes dos CAPS, estiverem implicados em trabalhar conforme as diretrizes, possibilitando e incentivando espaços de participação social nos serviços, a qualidade da atenção tende a melhorar.

## Referências

ALVARENGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 10 maio 2014.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 9 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, 2004c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004d. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 9 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 9 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação básica do SUS*. Brasília. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso em: 10 jul. 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde LEGIS: Sistema de Legislação da Saúde*. Brasília. Disponível em: <[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)>. Acesso em: 10 jul. 2014b.
- CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.
- CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 82-91, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.
- COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, SE, p. 138-151, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2013.
- COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. P. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400009>.
- GASTAL, C. L. C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1835-1844, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800010>.
- GUANAES, C. *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vektor, 2006.
- GUIMARÃES, J. M. X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formula-

- ção de políticas e tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2013-2122, 2010.
- LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012.
- MATEUS, M. D.; MARI, J. J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, M. D. (Org.). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 20-55.
- MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-464, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300010>.
- MOURA, A. C. M. D. et al. A relação entre sujeitos com transtorno mental e equipamentos sociais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 263-270, 2014. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.048>.
- NEMES, M. I. B. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.
- PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012>.
- RASERA, E. F.; JAPUR, M. *Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor, 2007.
- SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.
- SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100005>.
- SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. *Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II*. Florianópolis: UDESC, 2002.
- SOUZA, A. C. S.; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.013>.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008.

## Contribuição dos Autores

Ambos os autores conduziram conjuntamente o estudo. Vitor Corrêa Detomini participou, ainda, na condição de Graduando de Psicologia, como um dos facilitadores da atividade grupal que deu origem ao estudo documental de seu Relatório Final de Estágio e dos documentos técnico-legais contemplados. Renata Bellenzani supervisionou a prática de estágio, orientou Vitor no desenvolvimento do estudo teórico no âmbito de seu Trabalho de Conclusão de Curso – uma versão preliminar do presente artigo – e se responsabilizou pelo aprimoramento da escrita do texto inicial. Os autores aprovaram a versão final do texto.

## Notas

<sup>1</sup> Pesquisa conduzida sem financiamento externo, com recursos da própria Universidade para atividades práticas de ensino e/ou extensão universitária. A primeira versão foi elaborada como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia pelo primeiro autor, sob orientação da segunda autora, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba – UFMS/CPAR.

<sup>2</sup> Após o término de cada sessão, com duração de aproximadamente duas horas, os três estagiários presentes se reuniam para produzir, em conjunto, um relatório digital detalhado dos principais assuntos abordados e do “clima grupal”.

<sup>3</sup> Respectivamente, primeiro autor e segunda autora deste trabalho.

<sup>4</sup> Esse relato de experiência tomou a atividade grupal como um recurso ilustrativo para aprofundar o debate sobre a participação social; portanto, foge aos objetivos explorar em profundidade os aspectos grupais mais relacionados ao seu potencial terapêutico ou à fundamentação teórico-metodológica construcionista social no trabalho com grupos. Pontualmente, vale afirmar que essa perspectiva pressupõe o caráter construído e negociado do relacionamento grupal, a

menor relevância de os facilitadores estabelecerem uma cronologia ou ligação linear entre conversas iniciais e posteriores do grupo se comparada à relevância de “[...] compreender a emergência local de algumas descrições, identificando diálogos que lhe deram origem, os relacionamentos que se constroem por meio dessa conversa, e que falam da processualidade do grupo como uma prática discursiva [...]” (RASERA; JAPUR, 2007, p. 121).

- <sup>5</sup> O termo *contrato* é utilizado pela literatura de terapias grupais para referir-se aos “combinados” e regras gerais de caráter ético que devem orientar a dimensão interpessoal; normalmente, se referem ao sigilo daquilo que é conversado em grupo, ao direito à palavra, à necessidade de ouvir, o não julgamento, o respeito às diferenças, etc.
- <sup>6</sup> Nos acordos estabelecidos com o serviço, a partir do plano de estágio, os estagiários seriam os responsáveis pela condução semanal da atividade, sendo incentivada a participação assídua de algum profissional definido pela própria equipe. Isso não ocorreu, porém, em algumas sessões, a Psicóloga, as Oficineiras e a Assistente de Enfermagem estiveram presentes.
- <sup>7</sup> Mais adiante, serão comentadas as ações encaminhadas pelos estagiários no que se refere às assembleias.