

## REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL POR MEIO DE ATENDIMENTO GRUPAL DE PACIENTES DEPRESSIVOS DO CAPS

Gláucia Benedita de Moraes Gomes  
(UNIC – Universidade de Cuiabá, Sinop – MT)

Paulo César Ribeiro Martins  
(PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica, Campinas – SP)

### Resumo

O objetivo deste trabalho é descrever as contribuições do Grupo Terapêutico na reinserção psicossocial de pacientes com transtornos depressivos do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de uma cidade do interior do Estado de MT. Contextualiza-se o serviço do CAPS baseando-se na história da reforma psiquiátrica que eclode na década de 1970, evidenciando concomitantemente com o crescente número de pacientes depressivos no mundo, bem como os benefícios do tratamento em grupo para a retomada da saúde mental. O estudo é exploratório e qualitativo, com cinco pacientes com Depressão Maior, afastados do convívio social e participantes com maior efetividade nas sessões de grupo. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas e observações. Desta maneira, foi possível tecer algumas considerações sobre os resultados alcançados: o grupo provocou mudanças em seus participantes, que vão desde o interesse pelo conhecimento e aprendizagem à liberdade e autonomia para fazer escolhas facilitando a reinserção psicossocial.

*Palavras-chave:* Depressão; Grupo terapêutico; Psicologia; Reforma psiquiátrica; Reinscrição psicossocial.

### Abstract

#### **Rehabilitation Psychosocial of Depressive Patient from the CAPS Through Group Care**

This article aims to describe the contribution of a therapeutic group in the psychosocial rehabilitation of patients with depressive disorders at the Psychosocial Care Center - CAPS in a town in Mato Grosso. Therefore, it contextualizes the CAPS' service based on the history of psychiatric reform that came to light in the 1970s, highlighting at the same time with the growing number of depressive patients in the world, as well as the benefits of the therapy group for the recovery of mental health. The study was exploratory and qualitative, and shows the observations made in five patients with major depression, away from society, and participants with greater effectiveness at the group. The informations were collected through interviews and observations. Thus, it was possible to make some observations about the results: the group has caused changes in their participants, which extends from interest in knowledge and learning to the liberty and autonomy to make choices facilitating their psychosocial rehabilitation.

*Keywords:* Depression; Therapeutic group; Psychology; Psychosocial rehabilitation; Psychiatric reform.

## Introdução

Este estudo enfatiza as contribuições que os atendimentos em grupo traz aos pacientes depressivos do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de uma cidade do interior do Estado de MT. Segundo Pego (2003), os atendimentos em grupo se dirigem ao processo de aprendizagem do ser humano e tem como objeto de estudo o sujeito que se volta para a experiência e consegue retirar dela um saber mudando o comportamento. A Psicologia estuda a conduta humana, o sujeito que aprende e aquilo que está aprendendo. Contempla-se a aprendizagem na linha da reinserção psicossocial que enfoca as dificuldades e possibilidades apresentadas pelo paciente, mudando a forma de cuidá-lo. O problema principal não reside em remover o sintoma, acabar com a doença ou recuperar a pessoa, mas em criar várias possibilidades de vida em um novo modelo que deixe de ser o de custódia ou de tutela, buscando a participação e o desenvolvimento de projetos que ampliem os espaços de liberdade dos sujeitos (Melmam, 2001).

O atendimento em grupo é um dos procedimentos oferecidos pelo CAPS para tratamento de transtornos mentais por meio da relação terapêutica que se estabelece entre os pacientes e o coordenador do

grupo, assim é possível aos participantes resgatar a capacidade de aprender fazendo uma leitura significativa de si e de sua aprendizagem no cotidiano. Como comenta Pego (2003), o grupo tem sua realidade constituída a partir da contribuição dos participantes, que trazem consigo suas experiências, interesses, necessidades, medos e curiosidades.

O objetivo proposto é descrever a contribuição do Grupo Terapêutico à reinserção social dos pacientes com transtorno depressivo em tratamento no CAPS, no período de fevereiro à junho do ano de 2014. Conseguimos verificar as mudanças provocadas pelo atendimento nos pacientes, como também identificar os aspectos que motivam e desmotivam os pacientes a participarem do Grupo Terapêutico.

Algumas dificuldades se apresentam na realização da terapia grupal, dentre elas: situação socioeconômica dos pacientes para se locomoverem até a unidade do CAPS, participação familiar, adesão dos pacientes às terapias oferecidas pela unidade por não acreditarem nas mesmas e falta de entendimento dos pacientes na relação da terapia proposta com a sua melhora.

Neste estudo são abordados aspectos que permeiam os transtornos psiquiátricos, a saber: processo histórico da

reforma psiquiátrica, depressão, tratamento grupal, reinserção psicossocial e, finalmente, apresentação e análise dos dados dos pacientes depressivos. Toda essa abordagem serve de base para a construção do conhecimento, aprendizagem e sugestão para o CAPS, compreendido em toda sua equipe e usuários.

### **Processo Histórico da Reforma Psiquiátrica**

O olhar sobre a “loucura” obedece, ao longo da história, o desenvolvimento do pensamento humano. Inicialmente imperava a ideia de que a loucura era algo divino, “castigo dos deuses”, época em que reinava a consciência mítica, onde nada se podia fazer além da acomodação que o mito da loucura proporcionava. A loucura ou a doença mental, como passou a ser definida a partir do século XVIII, foi praticamente sempre combinada a uma dimensão negativa, estranha, estrangeira, ameaçadora e desestabilizante. Já nos dias atuais deixou de ser considerada uma experiência trágica, ou algo que integra a condição humana, para ser olhada somente como negatividade (Melmam, 2001).

Quando os filósofos iniciaram o questionamento sobre a existência dos deuses e sobre a própria existência humana, deu-se a transição da consciência

mítica para a filosófica, passando o comportamento do “louco” também a ser questionado. Com a chegada do pensamento científico, no qual era necessária mais reflexão e mais comprovação dos fatos, esta percepção no século XIX passa a ser científica. O novo objeto de conhecimento passou a ser a doença mental e o único meio de tratá-la seria com a prática médica psiquiátrica. O estudo do modelo psiquiátrico clássico, enquanto saber e prática são enfatizados na obra de diversos autores. Entre esses, destaca-se Foucault com a sua obra “A história da loucura” na Idade Clássica, representando um autêntico marco, uma reviravolta nas histórias tanto da psiquiatria quanto da loucura, marcando assim o nascimento da Psiquiatria e das práticas médicas contemporâneas de intervenção sobre a loucura (Amarante, 1994).

As várias formas de abordar a loucura possuem sua importância e abrem espaço ao conhecimento às críticas e ao repensar sobre ela, construindo uma nova forma mais humana que respondesse aos anseios sociais e científicos da história atual, momento em que se tem discutido a luta antimanicomial. Neste enfoque desinstitucionalizar não se restringe e nem se confunde com desospitalizar. Desospitalizar significa identificar

transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais, por outro lado desinstitucionalizar significa compreender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de interpretar e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (Amarante, 1994).

O Brasil também vivenciou o processo histórico do desenvolvimento do pensamento sobre o sofrimento mental, demonstrando que a história da Psiquiatria no Brasil passa por um processo de asilamento, ou seja, a história de um processo de medicalização social. O pensamento brasileiro sobre a loucura, como era chamada a doença mental, se desenvolveu a partir de influências de outros países a ponto de ser alvo de questionamentos e ideias que foram fortalecidas por meio do projeto de lei nº365/89 do então deputado Paulo Delgado.

Desde então as discussões acerca da temática não cessaram, ao mesmo tempo em que mudanças significativas eram implantadas objetivando dar maior cobertura e consistência à nova forma de tratar a doença mental. Vivemos, no Brasil, um dos mais singulares processos e transformação da saúde mental e da assistência psiquiátrica. Uma fértil teorização, o aparecimento de vários

cursos de capacitação de operadores em saúde mental e psiquiatria social, leis de reforma psiquiátrica e um prolífero acontecer de novas experiências assistenciais são as provas mais significativas deste processo que impressiona muitos segmentos importantes da sociedade brasileira e de muitos outros países (Amarante, 1994).

Um passo importante foi dado quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o ano de 2001 como o ano Internacional da Saúde Mental, no qual houve a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, oriunda do Projeto Paulo Delgado. Neste panorama de mudanças nasceu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) objetivando cuidar e reinserir o doente mental na sociedade. Os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e se consolidam como eficazes para diminuir as internações e para a mudança do modelo assistencial. São locais de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, que de acordo com a severidade e/ou persistência justifiquem permanecer num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004).

O primeiro CAPS criado no Brasil foi em março de 1986, na cidade de São Paulo, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Foi o resultado de um desconforto

e consequente movimento social dos trabalhadores de saúde mental que denunciaram a caótica situação dos hospitais psiquiátricos, que na época eram os únicos lugares que tratavam as doenças mentais. Atualmente a regulamentação dos CAPS dá-se pela portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, tendo como objetivo:

[...] oferecer cuidados, aos portadores de transtornos mentais, dentro de sua área de abrangência, buscando através de suas ações a reinserção social dos usuários. É um serviço criado para ser substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos, com espaço próprio adequado para atender os pacientes em crise ou egressos de internações psiquiátricas (Brasil, 2004, p.13).

É um lugar onde se pode exercitar a subjetividade e a cidadania do portador de sofrimento mental perdida, muitas vezes, no seu contato com a doença. As atividades realizadas se dão em ambiente acolhedor, amplo, aberto e inserido na comunidade. Podem ser atendidas no CAPS pessoas que apresentam intenso sofrimento mental, que lhes impossibilita viver de modo saudável e realizar seus projetos de vida (Brasil, 2004). O cuidado dispensado a cada usuário do CAPS é baseado em um plano terapêutico

individual, respeitando a individualidade de cada um dentro e fora do CAPS. Podendo ser incluído em três modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo, não intensivo.

O tratamento intensivo ocorre no momento da crise, quando o grau de sofrimento mental é intenso, apresentando dificuldades no convívio social. A modalidade semi-intensiva acontece quando o sofrimento do cliente diminui, facilitando o relacionamento familiar e social, podendo ser atendido até doze dias no mês. Na forma não intensiva não há necessidade de um suporte contínuo da equipe, sendo atendido até três dias no mês.

Quando se pensa em atenção psicossocial a noção de territorialidade é importante, isto significa principalmente buscar integrar os clientes a um ambiente social, cultural e concreto, no espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares, designado como seu território (Brasil, 2004). O CAPS oferece diferentes tipos de atividades terapêuticas indo além da ação médica, o que é chamado de clínica ampliada. Algumas atividades são realizadas em grupos ou individuais, para usuários e famílias, são elas: atendimento individual, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, psicoterapia de grupo, grupo

Psicopedagógico, visitas domiciliares e atividades comunitárias em parceria com associações de bairros. Os diferentes tipos de CAPS são:

CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi: CAPS para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPS A.D.: [...] para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (Brasil, 2004, p.22).

O Estado de Mato Grosso vivenciou todas as dificuldades e mudanças inerentes ao processo da Reforma Psiquiátrica e implantação dos CAPS, sendo que atualmente, Mato Grosso possui trinta e três CAPS de acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). O município de Sinop, a 500 km da Capital de Mato Grosso, diante da nova política de abordagem em saúde mental,

organizou mecanismos próprios e locais para melhor atender a população. Implantou-se o CAPS I, onde suas ações terapêuticas buscam assistir os pacientes de maneira que os objetivos propostos sejam alcançados. O grande motor da reforma tem sido a municipalização, a partir dela as cidades começaram a se ver implicadas e responsáveis pela política assistencial a ser conduzida em seu território (Brasil, 2004).

O CAPS I de Sinop teve suas atividades iniciadas em janeiro de 2003 e, há dez anos, funciona oito horas diárias. Atualmente têm em sua equipe seis profissionais de nível superior: uma assistente social, uma enfermeira, um médico, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional; seis funcionários de nível médio, sendo: três auxiliares administrativos, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista, duas auxiliares de nutrição e uma zeladora de nível fundamental. A clientela atendida inclui pacientes com sofrimento mental, sendo que o tratamento proposto pela equipe busca a reinserção e a autonomia dos pacientes. No caso específico do setor de Psicologia os procedimentos utilizados são: Psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, grupo familiar e psicopedagógico. Tais procedimentos possibilitam uma diminuição da ansiedade, tomada de consciência, expressão e

elaboração dos conflitos, fortalecimento do eu, aumento da capacidade de lidar com as questões emocionais em contextos grupais e atenção à família. Orientam-se os familiares para uma melhor compreensão da doença mental, resgatando a capacidade de aprender que fica quase perdida diante de um estado mental alterado. Estes procedimentos se estendem a todos os tipos de transtornos mentais, e no caso específico deste estudo, a depressão.

### A Depressão

Considerando que uma maior parcela de usuários que buscam tratamento no CAPS do presente estudo sofre de transtornos depressivos e estando esta patologia colocada em 1º lugar entre as doenças que mais incapacitam no mundo, é a ela que este estudo se destina sendo oportuno defini-la de forma sucinta, chamando atenção para a Depressão Maior. Classificada no CID-10 (1993) como transtorno do humor, sendo descrita do F32 a F 33.9 e podendo se apresentar de três formas: leve, moderada ou grave (maior). É definida como uma doença mental na qual há uma alteração significativa do estado mental, especificamente o humor. Os sintomas do episódio depressivo maior são: Humor depressivo e perda de interesse ou prazer,

que permanece por no mínimo duas semanas provocando sofrimento ou limitação significativa no funcionamento social, ocupacional ou em outra área importante. Nesse período, o indivíduo também deve apresentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos das características comuns da depressão, as quais são descritas por (Ebert, Loosem & Nurcombi, 2002, p. 54) da seguinte forma:

**Humor Deprimido:** [...] é o sintoma mais característico, ocorrendo em mais de 90% dos pacientes. O paciente habitualmente descreve a si mesmo como se sentindo triste, para baixo, vazio, sem esperança, desanimado, melancólico.

**Anedonia:** Uma incapacidade para desfrutar das atividades habituais, é praticamente universal entre os pacientes deprimidos.

**Perda de Energia:** Quase todos os pacientes deprimidos relatam uma significativa perda de energia (anergia), uma fadiga ou cansaço fora do comum e uma falta geral de eficiência, mesmo para as tarefas mais simples e elementares.

**Sentimento de Inutilidade:** Um indivíduo deprimido pode experimentar uma diminuição pronunciada na auto estima.

**Indecisão ou Diminuição na**

**Concentração:** Aproximadamente metade dos pacientes deprimidos se queixa ou apresentam uma lentificação do pensamento. Podem sentir que não são capazes de pensar tão bem quanto antes, que não conseguem se concentrar ou que se distraem facilmente.

**Ideação Suicida:** Muitos indivíduos deprimidos experimentam pensamentos recorrentes de morte, incluindo sentimentos transitórios de que os outros estariam melhor sem eles até os planos reais e a implementação do suicídio.

É importante a observação destes sintomas por parte do profissional para que, a partir deles, possa se definir o tratamento. No caso de sintomatologias que envolvem dificuldade de concentração e memória, que alteram funções indispensáveis à tarefa de aprender, é necessário o profissional assegurar ao paciente que tais dificuldades são sintomas da depressão, que serão trabalhadas no decorrer do tratamento.

Muitas complicações podem surgir no curso do tratamento da depressão. O transtorno depressivo maior associa-se a um alto nível de morbidade e mortalidade, sendo que até 15% dos pacientes com transtorno depressivo maior grave cometem suicídio. Assim, a condição

depressiva exige um compromisso dos pacientes, dos membros da família e da sociedade.

Em meados do século XX os pacientes deprimidos tipicamente gastavam um quarto da sua vida adulta em hospitais e uma metade completa de sua vida incapacitados. A epidemiologia da depressão é aproximadamente de duas a três vezes mais comuns em mulheres adolescentes e adultas do que em homens adolescentes e adultos, com taxas mais altas entre homens e mulheres no grupo etário entre os 25 e os 44 anos. Entre os indicadores prognósticos positivos estão: a ausência de sintomas psicóticos, hospitalização ou duração curta da depressão e um bom funcionamento familiar. Os prognósticos desfavoráveis envolvem: transtorno psiquiátrico comórbido, abuso de substância, idade muito precoce do início da doença, larga duração da hospitalização e do episódio depressivo (Ebert, Loosem, & Nurcombi, 2002).

Sobre o tratamento de pacientes depressivos, outro aspecto importante é o médico discutir com os mesmos e seus familiares sobre a doença, o seu curso, os sintomas, a sua natureza recorrente e a necessidade de medicamentos. O tratamento farmacológico é baseado na administração de medicamentos antidepressivos, usados com sucesso para tratar uma variedade de problemas

psiquiátricos e outros transtornos de humor, sendo também usados atualmente no tratamento do transtorno depressivo maior. O uso de antidepressivos costuma ser iniciado com baixa dosagem e é aumentado no curso do tratamento até a obtenção da dose adequada. Em alguns casos soma-se ao uso de medicamentos a terapia eletroconvulsiva, a terapia ocupacional, a psicoterapia individual e grupal.

Durante o acompanhamento, a manutenção da relação psicoterapêutica, na qual o terapeuta ganha a confiança do paciente e está disponível em tempos de crise, é crucial no tratamento da depressão. Segundo (Craig, 1991), o tratamento da depressão envolve terapia familiar e grupos de apoio que são benéficos para evitar recorrências e reconhecimento precoce dos sintomas que antecedem os surtos. As causas precisas da depressão maior ainda não são conhecidas, no entanto, a OMS preconiza múltiplos fatores, entre eles: Hereditários, congênitos, bioquímicos e psicossociais. A compreensão destes fatores possibilitará um diagnóstico e tratamento mais eficaz.

Partindo deste raciocínio, o acompanhamento multidisciplinar se justifica e, na medida em que o paciente se mantém em tratamento, os sintomas são controlados por meio de medicação e o

estado mental começa a se organizar facilitando a utilização positiva de suas funções mentais superiores. É nesse momento específico que se inclui a psicoterapia individual, seguindo-se o tratamento grupal que é aberto a todos, especialmente aqueles que já estão somente em acompanhamento psicoterápico individual. O paciente é ajudado a se conscientizar da importância do grupo na sua ressocialização, porém a participação na terapia grupal não é obrigatória.

### **Tratamento Grupal**

O tratamento grupal é usado há muito tempo com doentes mentais. Preocupa-se principalmente em melhorar a socialização buscando a expressão de sentimentos para maior conhecimento de si mesmo por parte dos pacientes. Historicamente, a terapia de grupo iniciou-se nos Estados Unidos, em 1905, onde cursos foram organizados para tratamento de tuberculosos. A partir de 1920, surgiram trabalhos em grupo para doentes mentais. Naquela época, os métodos psicodramático e psicanalítico passaram a utilizar o grupo como elemento fundamental de modificações do comportamento (Shirakawa, Chaves & Mary, 2001).

A importância dos grupos é observada desde o nascimento. Iniciamos nossa vida no seio familiar, estudamos, trabalhamos, enfim, vivemos em grupo, o qual tem uma contribuição fundamental na saúde mental. O grupo constitui o poder de adoecer ou curar o indivíduo (Ribeiro, 1988). De acordo com Melman (2001), somos seres tribais, fomos forjados para vivermos e aprendermos em grupo. O poder grupal tem a função de proteger seus integrantes de forças ameaçadoras, sempre presentes em situações difíceis, o que justifica o seu uso na atenção psicossocial.

O Grupo Terapêutico, no CAPS, é realizado duas vezes por semana, com pacientes de ambos os sexos e composto por vinte pessoas. O objetivo principal é resgatar a capacidade de aprender, ajudando o paciente a interessar-se pelo conhecimento, e reúnem em sua essência a socialização e a aprendizagem, condições inerentes à condição humana.

Diversas teorias psicológicas enfatizam que a aprendizagem se dá por meio da observação, condicionamento, insight, ensaio e erro. A Psicologia apresenta uma forma própria de entrar em contato com o conhecimento, preconiza que as pessoas têm suas particularidades no modo de aprender, caracterizando uma maneira única de aproximar-se do objeto de conhecimento, formando um saber

peculiar.

O funcionamento do Grupo Terapêutico aproveita as experiências individuais dos pacientes para que os mesmos possam enriquecer-se com as trocas de vivências, jogos dirigidos e atividades criadoras que envolvem histórias e dramatizações. Os participantes fazem uma leitura de si e do outro, reaprendendo a tornarem-se pessoas (Rogers, 1986), em um ambiente ideal de aprendizagem, de relações humanas positivas, onde prevalece a valorização do eu. Tornando o paciente mais confiante, seguro de si, autônomo e criativo, dentro de um contexto grupal desprovido de ameaças. O processo criativo é a expressão da saúde emocional da pessoa, vivenciado no ato de realizar algo novo. É o encontro do ser humano, intensamente consciente de sua relação com o mundo, produzindo efeitos terapêuticos (Vigolim & Alencar, 1994).

O tratamento em grupo provoca inúmeras experiências terapêuticas, essenciais à recuperação da saúde mental. Quando o paciente ouve a respeito dos problemas dos outros, passa a não se sentir como o único a ter problemas, experimentando um sentimento de universalidade. Os participantes oferecem entre si apoio suporte, compreensão, conselhos e encorajamento numa atitude altruísta. A união de todos por um único

objetivo comum fortalece a coesão, possibilitando o autoconhecimento na medida em que entendem o que se passa com o outro, compreendendo melhor a si mesmo. O paciente instiga sua esperança ao descobrir que pode haver solução para seus problemas e que todos no grupo podem ser ajudados (Shirakawa, Chaves & Mary, 2001).

Quanto mais se esforçam para lidar com os problemas, mais se beneficiam do tratamento em grupo, criando um senso de responsabilidade. Neste contexto, o Grupo Terapêutico é fundamental quando lança mão, principalmente, do enfoque psicossocial promovendo a aprendizagem, no seu verdadeiro sentido, que é a mudança de comportamento, possibilitando a reinserção psicossocial.

No grupo são realizadas atividades criadoras de forma sistemática e cada novo encontro, caracterizando um espaço onde se resgata a aprendizagem no nível pessoal e social. São propostas diversas atividades, entre elas: estimulação da expressão livre, troca de experiências, leituras e interpretação de texto. Segundo Rivière (1985) podemos considerar as atividades como ações humanas, onde estão presentes o sentir, o pensar e o agir de forma integrada. Desta forma, a importância das atividades reside na questão de não serem ou serem menos

alienantes possíveis, para que haja a promoção da saúde.

O sofrimento mental provoca por vezes o isolamento que é automaticamente disfuncional, obrigando a pessoa a viver imersa em si mesma, aceitando condições impostas sem questionamentos, num processo de alienação mental e social que sutilmente a afasta da sociedade. Essa alienação é socialmente determinada e a pessoa doente carece de mecanismos mentais próprios que a faça reagir de forma saudável a um contexto sócio familiar opressor, impostor e de exclusão. O Grupo Terapêutico deseja reverter esse processo de alienação psicossocial por acreditar na capacidade de seus participantes de reagir a esses condicionantes e até mesmo transformá-los. Bleger (1988) se aproxima de Marx quando se refere à alienação mental e alienação do trabalho, afirmando que o mesmo processo que ocorre na neurose como fenômeno psicológico, pode ser visto na alienação como fenômeno social.

O Grupo Terapêutico desenvolve um espaço social por meio de suas tarefas, atuando como fator transicional entre um funcionamento menos saudável, carregado de angústia e melancolia para formas de integração psicossociais saudáveis e autônomas. Para fazer frente ao seu círculo de convivência diária,

principalmente a família.

O grupo funciona tentando possibilitar o espaço potencial (Winnicott, 1990), no qual os pacientes possam se expressar livremente de acordo com suas necessidades e limites para se desenvolverem, fazendo surgir a capacidade criadora diante das situações de ameaça individual. Oportunizando o crescimento pessoal e a ressignificação de sua atuação social.

Ao longo dos últimos anos o Grupo Terapêutico vem se esforçando para ser um dispositivo eficaz na ressocialização das pessoas com sofrimento mental que fazem tratamento no CAPS, oferecendo uma intervenção terapêutica exercida de forma continuada pelo profissional de Psicologia que facilita o processo de forma dialética, ajudando os pacientes a saírem da alienação psicossocial que vivenciam. A partir do conhecimento do pensamento de Marx (Bleger, 1988), entendemos que a alienação se dá quando o homem ignora a sua participação na construção da sociedade e deixa de ver o processo histórico determinando o surgimento de instituições sociais, que em sua maioria o oprimem criando condições favoráveis ao adoecimento.

O CAPS como uma instituição pública de saúde mental, tem se beneficiado desta abordagem grupal que

num período de dez anos ampliou o número de participantes e totaliza aproximadamente oitocentas e quarenta sessões. Neste grupo recebe-se a presença de estagiários de alguns cursos técnicos e de diversos cursos de graduação, em especial Psicologia e Enfermagem das Instituições de Ensino Superior. Essa parceria possibilita aos alunos estagiários a observação e conhecimento sobre as práticas desenvolvidas no campo da Atenção Psicossocial.

A questão psicossocial deve levar os pacientes a reflexões contínuas, principalmente, nos aspectos: saúde e doença. As discussões e reflexões fomentadas no grupo provocam nos participantes a necessidade de buscarem outros espaços sociais para resolução de suas demandas. Neste sentido, criaram-se dentro do CAPS as assembleias de usuários, já consolidadas como um momento para discussões sobre o cotidiano, entre os temas: relação dos pacientes com os profissionais do serviço, organização do serviço (aspectos técnicos), relacionamento paciente – paciente (quanto a compreensão da doença de cada um) e propostas para melhoria do serviço. O serviço tem possibilitado uma mudança de conduta dos participantes, tornando-os mais participativos na relação com suas famílias e com sua comunidade. Reivindicando seus direitos sem

menosprezar seus deveres, com postura política enquanto cidadão, reforçada pelos profissionais do CAPS. Na tentativa de garantir da reconstrução da Saúde Mental.

### **Reinserção Psicossocial**

Considerando o processo histórico pelo qual percorre a saúde mental, sabe-se que durante um longo período os pacientes foram mantidos isolados da sociedade, objetivando tratar e manter a ordem social. A sociedade é desafiada cotidianamente para o acolhimento e cuidado das pessoas que adoecem mentalmente com gravidade. No entanto, o que predomina é uma visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental, resultando na marginalização efetiva e social de um grande número de pessoas que precisam de atenção psiquiátrica (Melmam, 2001).

No contexto de mudanças do novo olhar sobre a saúde mental, destaca-se a necessidade da reinserção psicossocial do indivíduo, demonstrando que a doença não deve torná-lo excluído do mundo, e que o mesmo tem o direito de continuar sendo cidadão. Este é um dos objetivos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados, em alguns casos, para substituir as internações.

O CAPS, em sua filosofia, é um lugar capaz de ressocializar os pacientes a

partir das atividades que realiza, entendendo ressocialização como um processo que se dá em um âmbito menor do espaço social. Todas as suas ações são ressocializadoras, capazes de desenvolver no indivíduo a dimensão social do ser humano. Neste sentido, (Brasil, 2004) lembra que no novo modelo assistencial a sociabilidade é valorizada, estimulando cada vez mais as trocas interpessoais como medida terapêutica, havendo assim uma maior valorização do indivíduo, o que o torna singular e possuidor de desejos. Portanto, ressocializar distingue-se de reinserir, visto que este último inclui abrir-se para um nível social mais amplo.

Reinserir significa trazer de volta, assim se faz mister cuidar visualizando o retorno à vida social, acrescenta-se a isto, o termo psicossocial com vistas a reconstrução da cidadania plena do indivíduo. Desta forma, reinserção psicossocial significa oferecer todas as possibilidades de tratamentos disponíveis, respeitando até onde o paciente quer chegar, e não até onde a equipe de cuidados previamente estabelece. Ao mesmo tempo não podemos perder de vista que tratar e reabilitar são indissociáveis. Para reabilitar deve-se continuamente oferecer tratamento aos indivíduos (Morais, 2003).

A reabilitação psicossocial passa a

ser entendida não somente como um processo que visa reabilitar e desenvolver novas atitudes e comportamentos nos pacientes, mas também nos familiares e técnicos, de maneira a fomentar movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade. A reinserção mais completa possível na normalidade da vida social e produtiva abre as comportas da experimentação e da invenção de práticas sociais que possam colocar todos os atores envolvidos num movimento coletivo de busca de novas modalidades de existência, novos valores e novos sentidos (Melmam, 2001).

No CAPS a reinserção psicossocial é considerada como o processo pelo qual o indivíduo com transtorno mental retorna ao convívio social, retoma sua autonomia, participa de sua vida e reaprende a fazer escolhas. Partindo desta compreensão, são propostas algumas atividades visando à reinserção, como por exemplo: O Grupo Terapêutico, no qual há um encaminhamento das questões emocionais para uma elaboração do sofrimento mental, contemplando as dificuldades e possibilidades apresentadas pela pessoa com transtorno mental. O psicólogo atuará junto ao grupo, respeitando as diferenças e não as reduzindo, deixando que se crie e recrie novas possibilidades, favorecendo uma transformação positiva da agressividade manifestada, com ações que

não percam de vista o respeito e a tolerância, tanto pelos pacientes quanto pelas suas experiências expressas de forma objetiva e subjetiva (Pego, 2003).

É proposta a realização de atividades que estimulem a autonomia, fomentando o interesse pelo conhecimento (sistemizado ou não), ações que rompam com o estigma e preconceitos em relação ao transtorno mental, encorajando o paciente a viver de forma mais participativa e humana.

### **Estratégias Metodológicas**

Este é um estudo descritivo exploratório com características qualitativas, que, de acordo com Chizzotti (1998), se dedica a estudar fenômenos sociais a partir de um obstáculo percebido pelo sujeito. O pesquisador é um condutor participante que tem compromisso com o fenômeno pesquisado, acreditando no conhecimento como construção coletiva, no qual existe uma relação dinâmica entre pesquisado e pesquisador, assim os dados acontecem em um contexto de relações.

A pesquisa qualitativa dá privilégio à observação participante, relatos de vida e análise de conteúdo, permitindo assim a criatividade do pesquisador que expõe e valida às técnicas adotadas, demonstrando a cientificidade da pesquisa por acreditar

que o momento histórico atual impulsiona para um pensar mais amplo e dinâmico sobre a doença mental.

O estudo foi realizado em um CAPS do interior do Estado de Mato Grosso, com cinco indivíduos que apresentavam transtorno depressivo, participantes do Grupo Terapêutico. O critério para escolha dos participantes foi pautado nos seguintes itens: Pacientes com depressão maior, onde é perceptível o afastamento social; e participantes com maior efetividade de participação no grupo. Estes critérios possibilitaram ao pesquisador fazer observações e um acompanhamento sistemático da participação dos pacientes. Os instrumentos utilizados foram: observação com registro em diário de campo e entrevista aberta, gravada e consentida. Para coletar os dados foram feitos encontros previamente marcados com os participantes selecionados para entrevista. O estudo foi desenvolvido durante cinco meses.

### **Resultados e Discussão**

A partir dos resultados obtidos por meio das entrevistas, complementadas pelas observações, verificamos que o grupo psicopedagógico, entendido por Shirakawa, Chaves e Mary (2001) como

atividade grupal promotora de educação, suporte, desenvolvimento emocional, treinamento de habilidades sociais e vocacionais, é tido pelos participantes em questão como um grupo onde as pessoas com depressão aprendem a socializarem-se, sendo que a terapia ajuda na recuperação dos problemas mentais.

Em relação à ajuda do Grupo Terapêutico na recuperação da saúde mental, os pesquisados foram unânimes em responder positivamente, justificando suas respostas em função do espaço de troca de ideias e experiências comuns. Ao participarem de um grupo, os pacientes compartilham suas histórias e seus problemas com outros, descarregando afetos carregados de emoção, promovendo um movimento de catarse, bem como descrevem Shirakawa, Chaves e Mary (2001).

Foi claramente perceptível que a participação da maioria dos participantes do Grupo Terapêutico é realizada com motivação, facilitando o aproveitamento e o comparecimento as sessões grupais. É o que deixa claro a seguinte resposta: “Participo de forma otimista, acreditando na minha recuperação”. Esta fala vem ao encontro do ponto de vista de Pego (2004), quando refere que o sujeito diante da experiência com o grupo, tem a possibilidade de perceber a si mesmo

enquanto presença motivada para a ação e a própria transformação pessoal, o que reflete como resposta na sua interação com o meio. Relacionando esses dados com os das observações realizadas, e quanto à atitude do paciente frente à atividade grupal, foi contemplada a dificuldade motora na execução da tarefa de escrever e desenhar, expressa da seguinte maneira: “a dificuldade que tenho é só de escrever ...”. Percebemos desta maneira que há no geral mais facilidade de expressão oral, o que acreditamos ser pelo sentimento de acolhimento e respeito constantemente presentes nas sessões do grupo psicopedagógico e pela falta do hábito da expressão escrita.

Perguntados sobre como se sentiam no grupo, apenas um participante expressou que, às vezes, sente-se à vontade e outras vezes envergonhado, os demais evidenciaram um sentimento de realização em estar no grupo: “Eu sinto bem maravilhosamente”, “ Sinto muito feliz”, “Me sinto muito bem , porque ele ajuda a voltar para a sociedade”. Percebemos que os sentimentos dos pacientes pertencentes ao grupo vêm ao encontro com o que dizem Shirakawa, Chaves e Mary (2001), afirmando que o tratamento grupal possibilita uma sensação de acolhimento embora alguns pacientes sintam-se tímidos e retraídos. Neste sentido, Ribeiro (1988) comenta

sobre a experiência de estar no grupo referindo que o sentimento de vergonha pode fazer com que algum participante fique mais quieto. No entanto, mesmo quando está em silêncio, às vezes, por longos períodos, a pessoa, através do que denominou reação de espelho, trabalha seus conteúdos internos.

O sentimento de acolhimento para poderem compartilhar de coisas em comum, possivelmente, foi um dos motivos para que todos os participantes fossem unânimes em referir que aconselham outras pessoas a participarem do Grupo Terapêutico. O que é expresso da seguinte forma: “... é bom estar aqui no grupo, a gente encontra mais motivação principalmente quando a gente fica sabendo dos problemas da outra pessoa, eu aconselharia porque é muito bom esse grupo e quanto mais gente melhor”. As observações do grupo possibilitaram levantar informações sobre a relação entre pacientes e coordenador do grupo, na qual parece estar presente o sentimento de acolhimento e respeito, o que têm despertado nos participantes o desejo de que outros pacientes participem. Estar com o outro, como diz Pego (2004) promove a partir do contato e confronto com as diferenças individuais a recriação de si mesmo.

Os participantes da pesquisa foram unânimes em afirmarem em suas

respostas, quando perguntados sobre a motivação para aprender, revelando o seguinte: “No momento eu quero aprender muito mais”. “Eu querendo aprender muitas coisas ... pensar um pouco de mim, mudar a vida ... quero ser mais feliz, ser outra pessoa”. “É que sou muito interessado, vivendo e aprendendo, a minha faculdade sempre falo: é a vida”. A possibilidade de aprendizagem interpessoal e a descoberta de que pode haver solução para os problemas, que todos integrantes podem receber ajuda e de fato melhorar, traz à tona mais um fator terapêutico, o da instilação de esperança (Shirakawa, Chaves & Mary, 2001).

Os construcionistas sociais sustentam que todo o conhecimento, tanto do mundo como de si mesmo, evolui nos espaços interpessoais. Assim, é importante buscar: O que os pacientes já aprenderam; como articulam os diferentes conteúdos entre si; como fazem uso do conhecimento nas diferentes situações escolares e sociais; e como os usam no processo e assimilação de novos conhecimentos (Weiss, 2004).

Ao serem indagados sobre como se sentiam após a participação no grupo, houve unanimidade ao responderem que era a melhora e a felicidade. Participando de grupos, os pacientes têm a oportunidade de compartilhar suas

histórias e seus problemas com os outros, extravasar afetos carregados de emoção, promovendo catarse (Shirakawa, Chaves & Mary, 2001).

Ao falarmos sobre a reinserção social e o que os incomodava, constatamos que a aglomeração de pessoas é um fator de incômodo e que eles sentem-se reinseridos socialmente, é o que se observa na resposta: “Estou até fazendo curso de computação”. A reabilitação psicossocial, de acordo com Moraes (2003), é um processo de reconstrução do pleno exercício de cidadania e também de plena contratualidade em três cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

Sobre a questão de aconselhar outros pacientes para que iniciem ou retornem a participar do grupo, todos pediram para que retornassem ou iniciassem, deixando clara a importância do grupo para eles. Comentando sobre o grupo, Ribeiro (1988) lembra-nos que: O grupo resulta no fator psicoterapêutico mais eficiente, mais abrangente, mais real e mais próximo da realidade. Possivelmente, estes sejam os motivos que levariam os participantes sugerirem que todos os pacientes seriam beneficiados com as reuniões em grupo.

Outro fator que motivaria os participantes a valorizar o grupo é as

relações paciente-paciente e paciente-coordenador, nas quais está presente um clima de solidariedade e colaboração na tentativa de resolução das dificuldades surgidas, respaldadas na fala de um dos pacientes: “... não devia abandonar, porque ajuda muito na hora que a gente mais precisa... a gente vem no meio deles, cada um fala de uma maneira que ajuda a gente viver”. Nestas relações entre paciente-paciente e paciente-coordenador, Shirakawa, Chaves e Mary (2001) referem que o coordenador precisa estar alerta às atitudes cooperantes dos pacientes e reconhecer a ajuda que os membros oferecem uns aos outros, reforçando essas interações úteis. Pelo visto, é algo que tem se realizado no Grupo Terapêutico apresentado neste artigo.

Em relação às dificuldades encontradas para participação no grupo, evidenciamos que a dificuldade socioeconômica é um dos empecilhos encontrado para a participação dos pacientes no grupo: “... se tivesse condição eu ia, mas minha doença não permite ... é essa a minha dificuldade ... a gente tem que faltar para correr atrás de um outro negócio porque sou pobre, dependendo de correr atrás das coisas para conseguir resolver os problemas”; “A minha dificuldade é: se tiver guarda-chuva eu venho, se não, não tem como eu vir”.

Outras dificuldades aparecem na

execução de tarefas que envolvem a escrita. É importante observar a forma como os pacientes se aproximam ou evitam as atividades, a postura e as tensões que ocorrem, culminando na temática do material escolhido para ler ou escrever, deixando transparecer a resistência na sugestão de mudança de horário do grupo expresso na seguinte resposta: “Estou fazendo curso de computação no dia que é para participar do grupo psicopedagógico”. Como pode-se observar, os relatos dos pacientes demonstram que estão felizes com o atendimento, otimistas, acreditando na sua recuperação e percebendo as suas dificuldades, o que tem contribuído para a reinserção psicossocial.

### **Considerações Finais**

Pensar em transtorno mental atualmente é pensar em reflexões contínuas apesar dos avanços já alcançados ao longo da história. O Grupo Terapêutico, criado como recurso de reinserção social, tem contribuído para a reinserção do paciente depressivo, dotado de um enfoque teórico e prático para compreender e lidar com os transtornos ocasionados pela doença. O que basicamente significa entender a relação complexa entre sintoma, personalidade, ambiente interpessoal tornando-os

responsável em relação à doença, sem sentirem-se culpados pela enfermidade.

Houveram mudanças provocadas pela participação no grupo, a saber: O interesse pelo conhecimento, a vontade de aprender, o desejo de viver e ser outra pessoa. Os aspectos que motivaram a participação foram: A aprendizagem, a expressão de sentimentos, o fato de serem compreendido e saber que outras pessoas passam pelo mesmo problema. Sendo a dificuldade sócio econômica o principal

aspecto que desmotivaria a participação dos pacientes.

A participação efetiva no Grupo Terapêutico tem levado os pacientes a melhorar o insight sobre a doença; lidar melhor com a estigmatização da doença e melhor adesão ao tratamento; encontrando caminhos autônomos para imprimir uma melhor qualidade de vida. Abrindo espaço para novas reflexões sobre o assunto em direção a desmistificação da “loucura”.

### Referências

Amarante, P. D. de C. (1994). Apresentação. In P. D. de C. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bleger, J. (1988). *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión (Publicado originalmente em 1958).

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Saúde mental em dados (7a, ed.)*. Brasília.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. (1993). *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Craig, R. J. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chizzotti, A. C. (1998). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. (3a ed.), São Paulo: Cortes.

Ebert, M. H., Loosem P. T. & Nurcombi, B. (2002). *Psiquiatria diagnóstico e tratamento*. (M.C. Monteiro, L. Porto & A. Filmann, trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Melmam, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.

Morais, R. R. (2003). Saúde mental infanto-juvenil: clínica x reabilitação psicossocial uma articulação possível? In A. M. C. Guerra, & N. L. Lima (Org.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento, uma contribuição no campo da Psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica-Fumec.

Pego, M. G. T. (2003). *Psicopedagogia institucional: reflexões sobre o trabalho psicopedagógico com grupos*. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=444>

Ribeiro, J. P. (1988). *Teorias e técnicas psicoterápicas*. (2a ed.), Petrópolis: Vozes.

Rivière, P. E. (1985). *El processo grupal*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Rogers, C. (1986). *Grupos de encontro*. Lisboa: Moraes.

Shirakaua, I., Chaves, A. C. & Mary, J. J. (2001). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos.

Virgolim, Â. M. R., & Alencar, E. M. L. S. (1994). (Org.) *Criatividade expressão e desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes.

Weissw, M. L. L. (2004). *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnostica dos problemas de aprendizagem escolar*. (10a ed.), Rio de Janeiro: DP&A.

Winnicott, D. W. (1990). *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL POR MEIO DE ATENDIMENTO GRUPAL  
DE PACIENTES DEPRESSIVOS DO CAPS

**Os autores:**

**Gláucia Benedita de Moraes Gomes** é Pós-Graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá, atualmente é Professora do Curso de Psicologia da Unic – Sinop – MT. Endereço: Rua da Conquista, 624 – Parque das Araras – Residencial Mogno - Sinop – MT – CEP 78550-494, e-mail: [glauciapsico@hotmail.com](mailto:glauciapsico@hotmail.com) - (66) 8121-2008.

**Paulo César Ribeiro Martins** é mestre e doutor em Psicologia pela PUC de Campinas – SP. Endereço: Rua Dionísio, 543 – Bairro Bela Vista - Ipatinga – MG – CEP 35160-187, e-mail: [paulocrmartins@yahoo.com.br](mailto:paulocrmartins@yahoo.com.br) – (31) 9978-5854.